Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique,

région de la Chaudière-Appalaches

Rapport final

Lucie Larose
Pierre Deshaies
Jacques Samson

Direction de santé publique

Avec la collaboration des membres du Comité élargi de la fonction surveillance de la Direction de santé publique

Mars 2004

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Chaudière-Appalaches

Production réalisée par :
le Service de surveillance, recherche et évaluation
de la Direction de santé publique,
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et
de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Édition produite par :
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et
de services sociaux de Chaudière-Appalaches
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Collaborateurs et remerciements :

Membres du comité de gestion et de coordination, ainsi que les membres du Comité élargi de la fonction surveillance
Direction de santé publique et plus particulièrement, à MM. Philippe Lessard, Richard Martin et M^me^ Sylvie Veilleux

Membres des équipes et services
Direction de santé publique
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et
de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Conception, recherche, analyse:

Lucie Larose, avec la collaboration de Pierre Deshaies et Jacques Samson

Qualité de la présentation, mise en forme et révision :

Julie Gilbert

Référence suggérée : LAROSE, Lucie, Pierre DESHAIES et Jacques SAMSON (2004). Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches, rapport final, Sainte-Marie, ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP, xvi, 68 p.

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2004

Reproduction autorisée à des fins non commerciales seulement et avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Document déposé à Santécom (http://www.santecom.qc.ca/) : 12-2004-005

ISBN 2-89548-178-4

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Canada, 2004
Bibliothèque nationale du Québec

L'utilisation de termes génériques a simplement pour but d'alléger le texte et ce, sans discrimination.

Note au lecteur

Cette réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance dans la région de la Chaudière-Appalaches couvre les années 2002 et 2003 et ne tient donc pas compte de l'évolution récente de ce dossier.

Par contre, les questions posées demeurent d'actualité et font l'objet du mandat du Comité élargi de surveillance, constitué des membres des équipes de la Direction de santé publique.

106-02027/

Points saillants et principaux objets de consultation

Les points saillants et principaux objets de consultation d'une Réflexion sur l'organisation de la fonction surveillance intégrant le plan de surveillance en santé publique, région de la Chaudière-Appalaches sont ici présentés succinctement. Le document, pour sa part, intègre, présente et interprète les éléments d'information reliés à cette réflexion.

Définition de la surveillance :

> « La surveillance c'est l'appréciation continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants; elle constitue une fonction essentielle de santé publique puisqu'elle « opérationnalise » et alimente la connaissance sur l'état de santé[1] et de bien-être à partir de laquelle on peut, par la suite, prévoir, planifier, agir, évaluer et rendre des comptes. Connaissance qui, par ailleurs, est aussi alimentée par la vigie sanitaire, la recherche et l'évaluation. » (Bouthillier, 2003 : 2). Selon le Programme national de santé publique, 2003-2012, les activités reliées à la surveillance touchent à l'alimentation en données, à la production et à la diffusion de l'information (Massé, 2003 : 29).

Mandat de la surveillance :

Dans le but d'informer la population, la surveillance se dote d'objectifs opérationnels de la fonction précisés dans la loi; ainsi, la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit-elle être exercée de manière à pouvoir (art. 33 et Bouthillier, 2003 : 2) :

1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
3° détecter les problèmes en émergence;
4° identifier les problèmes prioritaires;
5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et leurs déterminants.

1. Tel que le stipule l'OMS, la santé est un état complet de bien-être à la fois physique, mental et social qu'on ne peut réduire à une absence de maladie, d'infirmité ou de problèmes sociaux. Plus précisément, la santé et le bien-être consistent en « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991, chapitre 42).

Processus de l'exercice de la surveillance :

Principales étapes requises pour avoir accès aux données	• Élaboration des plans de surveillance • Avis du Comité d'éthique de santé publique • Avis de la Commission d'accès à l'information
Moyens d'accès aux données nécessaires	• Données recueillies par des tiers • Enquêtes sociosanitaires • Systèmes de collecte de données et de renseignements
Production et diffusion des résultats	• Production (traitement, analyse, interprétation) et diffusion de rapports sur l'état de santé de la population. Diffusion de l'information, concernant l'état de santé et ses déterminants, auprès de la population et des décideurs, planificateurs et intervenants qui peuvent influencer l'état de santé.

Source : Bouthillier, 2003 : 9.

Contenu des plans de surveillance :

« Selon la LSP (art. 35), ces plans doivent, au minimum, spécifier :

- les **finalités** recherchées,
- les **objets** de surveillance (chapitre 6),
- les **renseignements personnels ou non** qu'il est nécessaire d'obtenir pour exercer la fonction de surveillance,
- les **sources** d'information envisagées,
- le **plan d'analyse** de ces renseignements,
- la **réalisation** (dans le cas d'un mandat confié par le ministère),
- auxquels doit s'ajouter la diffusion selon différentes modalités adaptées. » (Bouthillier, 2003 :5).

Le tout devant s'inscrire dans les domaines d'intervention de la santé publique soit : les principaux problèmes de santé et de bien-être sur lesquels portent sur les activités dans chacun des domaines d'intervention et les déterminants et facteurs de risque qui sont associées à ces problèmes (Massé, 2002 : 31).

Propositions pour l'organisation de la surveillance et le plan de surveillance de la région :

En ce qui a trait à la notion de **vigie** :

Cette proposition vise à situer la place de la vigie dans l'organisation de la surveillance dans la région de la Chaudière-Appalaches. Nous soumettons pour consultation la proposition suivante.

Proposition : intégration des fonctions de vigie dans l'organisation de la fonction de surveillance régionale.

En ce qui a trait aux **problèmes émergents** :

Cette proposition vise à se doter d'un espace régional permettant d'intégrer l'évaluation ou la documentation de problèmes de nature émergente ou de nouvelles façons d'aborder certains problèmes (ex. analyses macro, telles les pratiques alimentaires, les modes de production industrielle, etc.).

Proposition : intégration de la notion de problèmes émergents dans la fonction de surveillance régionale de la région de la Chaudière-Appalaches.

En ce qui a trait aux **problématiques régionales spécifiques** :

Cette proposition vise à déterminer un consensus sur la (ou les) problématique(s) régionale(s) spécifique(s) à documenter dans le plan de surveillance. L'identification, le processus et la priorisation pour l'adaptation du plan de surveillance aux particularités régionales reste à préciser.

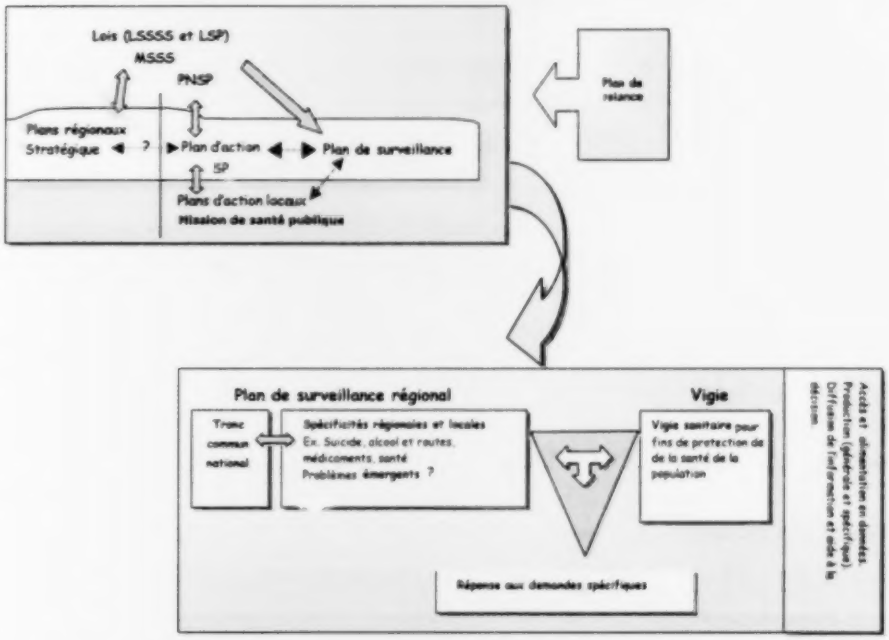
Proposition : le choix de problématiques régionales spécifiques dans le plan régional de surveillance de la région de la Chaudière-Appalaches.

En ce qui a trait à **l'organisation de la surveillance** :

Le modèle ci-dessous serait à même d'assurer la réalisation des mandats de la santé publique, d'informer la population et de maintenir la latitude nécessaire à la fonction de surveillance pour assumer notamment la tâche de documenter les problématiques régionales spécifiques ou celles émergentes et également d'assumer les fonctions de vigie, dans l'organisation de la fonction de

surveillance dans la région. Voici donc l'agencement des tenants et aboutissants du plan de surveillance, en 2003, décrit dans le modèle suivant :

Modèle général de l'environnement et du contenu du plan de surveillance régional, 2003



Production : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Apalaches, DSP (SRE), 2004

Proposition : quels seraient les liens, modalités de fonctionnement ou interfaces fonctionnels pour améliorer l'exercice de la fonction de surveillance dans la région de la Chaudière-Appalaches ?

Planification des étapes à venir quant à l'organisation de la fonction de surveillance et le Plan de surveillance

Dépôt au comité de gestion et de coordination
- Création des outils de consultation
  - Plan de surveillance
  - Outils de consultation (Synthèses ou autres)

Intégration du « tronc commun » national au Plan de surveillance
- Table des matières
- Tronc commun

Consultation des équipes de santé publique
- Plan de surveillance
  - Rôle de la vigie
  - Particularités régionales spécifiques et problèmes émergents
- Comment voit-on l'organisation de la fonction de surveillance régionale

Participation et association aux consultations sur rapports locaux, régionaux (Directions, forums et commission de la régie, CLSC et partenaires)
- Plan de surveillance
  - Particularités régionales spécifiques

Intégration des commentaires au Plan de surveillance
- Rôle de la vigie
- Particularités régionales spécifiques et problèmes émergents
- Finalisation du Plan de surveillance

Dépôt au Comité d'éthique de santé publique
Avis de la Commission d'accès à l'information

Réalisation du Plan de surveillance

Table des matières

Points saillants et principaux objets de consultation v

Introduction 1

1. Comment organiser la fonction surveillance au plan régional ? 3
   La fonction de surveillance (CDC, OMS et MSSS) 4
   La pertinence et l'utilité de la fonction 5
   Moyens d'exercice de la fonction 6
   Obligations légales des équipes de surveillance 7
   En synthèse 8

2. Qu'est-ce que le plan de surveillance ? 9
   Obligations légales 9
   Quoi, qui, comment ? 13
   Et autres considérations environnementales 14
   Et le contenu du plan de surveillance ? 15
   Selon la loi et le PNSP 17
   Distinction entre surveillance, vigie sanitaire et recherche 17
   Et les ressources ? 19
   Quelle temporalité du plan de surveillance ? 24

3. Quelle serait la place de la vigie dans l'organisation de la surveillance ? 25
   Quoi, qui, comment ? 25
   Obligations légales 27
   Quelle est l'utilité de l'information de surveillance et de vigie ? 28

4. Et de celles des problématiques régionales spécifiques et des problèmes en émergence dans le plan de surveillance? 29

5. Propositions de structuration de la surveillance 31

6. Objets de surveillance 35

7. Produits de surveillance 37
   Types de clients 37
   Produits adaptés aux clients 39
   Quelle en serait la diffusion ? 40
   En conclusion 40

8. Planification sommaire de la démarche régionale 41

Bibliographie 43

Annexe 1 Cadre conceptuel pour la fonction de surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population et ses déterminants 47

Annexe 2 Simplified flow chart for a generic surveillance system, CDC, 2001 48

Annexe 3 Liste des produits et des clients potentiels en surveillance 49

Annexe 4 Univers de la surveillance 55

Annexe 5 Les grandes cibles du Plan de relance 68

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	Les fonctions et domaines d'intervention en santé publique, 2003	3
Tableau 2	Les finalités de la surveillance, 2002, PNSP et CDC	6
Tableau 3	Processus de l'exercice de la surveillance (en résumé)	8
Tableau 4	Synthèse du contenu du plan de surveillance	13
Tableau 5	Distinctions entre la surveillance, la vigie sanitaire et la recherche au sens de la Loi sur la santé publique	18
Tableau 6	La vigie, dans le Programme national de santé publique, 2002	26
Tableau 7	La classification des objets de surveillance, 2002	35
Tableau 8	Les produits selon le PNSP	39
Tableau 9	Planification sommaire de la démarche	41

Figure 1	Modèle général de l'environnement du plan de surveillance, 2003	15
Figure 2	Organisation de la fonction de surveillance, région de la Chaudière-Appalaches, 2003	16
Figure 3	Répartition des personnes-ressources de l'équipe surveillance/recherche, selon le Programme national de santé publique, Chaudière-Appalaches, janvier 2004	20
Figure 4	Modèle général de l'environnement et du contenu du plan de surveillance régional, 2003	33

Lexique

ADRLSSSS	:	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
CAI	:	Commission d'accès à l'information
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CÉSP	:	Comité d'éthique de santé publique
CO	:	Monoxyde de carbone
CSST	:	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DALY	:	Disability-Adjusted Life Year
DSP	:	Direction de la santé publique
ETP	:	Équivalent temps plein
LSSSS	:	Loi sur les services de santé et les services sociaux
LSP	:	Loi sur la santé publique
MADO	:	Maladies à déclaration obligatoire
MCV	:	Maladies cardio-vasculaires
MI	:	Maladies infectieuses
MSSS	:	Ministère de la santé et des services sociaux
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
PNSP	:	Priorités nationales de santé publique
PSPP	:	Équipe de promotion de la santé physique et psychosociale
RRSSS	:	Régie régionale de santé et de services sociaux
SAT	:	Santé au travail
SE	:	Santé et environnement
TCNS	:	Table de concertation nationale de surveillance
TCNSAT	:	Table de coordination nationale en santé au travail

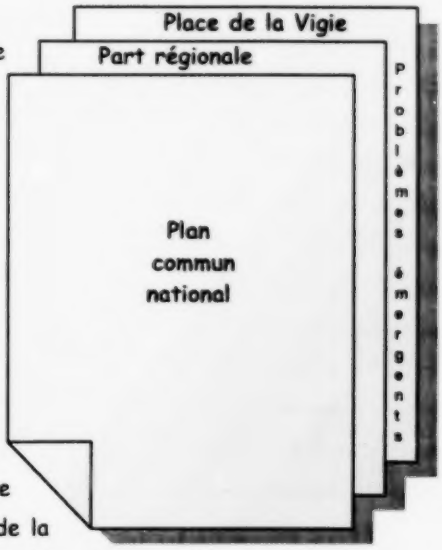
Introduction

La surveillance est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), tout comme dans la Loi sur la santé publique et le Programme national de santé publique (PNSP) comme une des quatre **fonctions essentielles** de la mission de la santé publique. Ses fins concernent sommairement, l'information à la population, le soutien à la prise de décision, tant en planification programmation que pour les secteurs connexes à la santé, la révision des orientations et choix, la vigie sanitaire, etc. (Massé, 2002 : 27). Ses principales activités concernent l'**accès** et l'alimentation en données, la **production** d'information et la **diffusion** de celle-ci.

Ce document balise les réflexions concernant l'organisation de la fonction surveillance en santé publique dans la région de la Chaudière-Appalaches. Il propose une intégration du Plan de surveillance régional en lien étroit avec la mission de la santé publique et la démarche des plans d'action locaux et régional. Cette réflexion est le fruit d'un premier groupe de travail de la Direction de santé publique. Elle vise à proposer ce que pourraient être les modalités de l'organisation de la fonction et le contenu du plan de surveillance, la démarche qui pourrait permettre de parvenir aux fins visées, et enfin, l'opérationnalisation de consultations sur la fonction de surveillance et du plan de surveillance. Ce groupe de travail était constitué originellement de Jacques Samson, Pierre Deshaies et de Lucie Larose avec la collaboration du directeur de santé publique, Philippe Lessard. Les membres du comité élargi (crée en septembre 2003), composé de membres des différentes équipes de la santé publique ont été sollicités pour commenter et bonifier cette réflexion. Vraisemblablement, on pourra également concevoir que le Forum de la population, les centres locaux de santé communautaire (CLSC) et autres instances de consultation ou de collaboration soient éventuellement invités à participer à l'une ou l'autre des étapes.

Un premier chapitre introduit le sujet, soit : comment organiser la fonction surveillance au plan régional. Le second fournit les principales balises **légales** de la surveillance et du plan régional de surveillance. Suivent les mêmes considérations au regard de la vigie et des problèmes en émergence. Par la suite, est présentée une proposition de structuration de la fonction de surveillance et du plan de surveillance. Enfin, sont détaillés les objets de surveillance, de même que les questionnements sur les produits attendus en lien avec les clientèles visées par ceux-ci. Enfin, la dernière section propose sommairement la démarche de consultation prévue.

1. Comment organiser la fonction surveillance au plan régional ?



Le point ultime de cette discussion serait de jeter les balises de la fonction de surveillance[2] en fonction de la mission de la santé publique pour la région de la Chaudière-Appalaches. Ces balises seront déterminées, de manière importante, par les **plans de surveillance régionaux**. Selon notre compréhension actuelle, ces plans régionaux seraient constitués de **deux** parties à savoir : un tronc commun **national** et une part **régionale** (dont l'ampleur est directement tributaire du tronc commun). Par ailleurs, la consultation devrait permettre de situer la place de la **vigie**, des **problématiques spécifiques** à la région et des problèmes **émergents** dans la région de la Chaudière-Appalaches. Dans la proposition actuelle, il est prévu que les activités de vigie sanitaire soient intégrées dans l'organisation de la fonction surveillance de la région. Par ailleurs, la consultation devrait permettre de situer la place des problèmes émergents dans la région de la Chaudière-Appalaches. Le tableau suivant détaille les fonctions et les domaines d'intervention en santé publique, tels que décrits dans le Programme national de santé publique.

Tableau 1
Les fonctions et domaines d'intervention en santé publique, 2003

« Les fonctions de santé publique

Fonctions essentielles
- Surveillance continue de l'état de santé de la population
- Promotion de la santé et du bien-être
- Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes
- Protection de la santé

Fonctions de soutien
- Réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé
- Recherche et innovation
- Développement et maintien des compétences » (Massé, 2002 : 3)

« Les domaines d'intervention

- Développement, adaptation et intégration sociale
- Habitudes de vie et maladies chroniques
- Traumatismes non intentionnels
- Maladies infectieuses
- Santé environnementale
- Santé en milieu de travail » (Massé, 2002 : 5)

Source : Massé, 2002, p. 3-5

2. Pour un modèle conceptuel de la fonction de surveillance, consulter l'annexe 1.

Dans ce chapitre sont d'abord présentées les définitions qui circonscrivent le concept de surveillance. On discute par la suite, de la pertinence et de l'utilité de la fonction.

La fonction de surveillance (CDC, OMS et MSSS)

Ici, sont présentées les définitions de la surveillance telles que présentées par les Centers for Disease Control (CDC), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ainsi que celle retenue par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

CDC

« Public health surveillance is the ongoing, systematic collection, analysis, and interpretation, and dissemination of data regarding a health-related event for use in public health action to reduced morbidity and mortality and to improve health.(5-7). Data disseminated[3] by a public health surveillance system can be used for immediate public health action, program planning and evaluation, and formulating research hypotheses (...). » (CDC, MMWR 2001, vol. 50, no RR-13 : 2)[4].

« La surveillance en santé publique est la collecte, l'analyse, l'interprétation et la diffusion systématiques et régulières des données en lien avec la santé pour soutenir l'action de santé publique en vue de la réduction de la morbidité et de la mortalité et pour améliorer la santé. La diffusion des données par un système de surveillance de santé publique peut être utilisée pour l'action immédiate en santé publique, la planification de programme, l'évaluation et la formulation d'hypothèses (...). » (Traduction libre)

OMS, surveillance épidémiologique

« Collecte, analyse et interprétation systématiques, et diffusion en temps voulu [réactivité du système], de données sanitaires pour la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes de santé publique. L'application de ces données aux programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé détermine un cycle de surveillance en santé publique. » (OMS, 1997, p.51)

3. Note des auteurs : cette dissimination ou encore diffusion, incluant l'information elle-même, son analyse, ses produits ainsi que les publics visés.
4. Nota bene. Cette définition nous incite à garder la vigie sous notre chapeau général de surveillance, et donc de notre plan global régional.

MSSS, surveillance

« La surveillance c'est l'appréciation continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants; elle constitue une fonction essentielle de santé publique puisqu'elle « opérationnalise » et alimente la connaissance sur l'état de santé[5] et de bien-être à partir de laquelle on peut, par la suite, prévoir, planifier, agir, évaluer et rendre des comptes. Connaissance qui, par ailleurs, est aussi alimentée par la vigie sanitaire, la recherche et l'évaluation. » (Bouthillier, 2003 : 2).

La pertinence et l'utilité de la fonction

Ainsi que le démontre le chapitre suivant, la fonction de surveillance est un élément capital de la nouvelle Loi sur la santé publique, comme en témoignent les chapitres 4 et 5 de celle-ci, et du Programme national de santé publique qui reconnaît le caractère essentiel de la fonction (cf. tableau 1). Tel que déjà mentionné, selon le PNSP, les finalités de la surveillance (tableau 2) concernent, pour leur part, l'information à la population, le soutien à la prise de décision et à la planification, la révision des orientations et choix de santé, etc. (Massé, 2002 : 27). Enfin, ses principales activités concernent l'**accès** et l'alimentation en données, la **production** et la **diffusion** de l'information.

Pour le CDC d'Atlanta, en plus des fins précitées, la surveillance peut servir également à guider les actions immédiates à poser pour la protection de la santé (vigie sanitaire), à mesurer le fardeau de la maladie incluant la détection d'épidémie, monitorer les tendances, à détecter des changements de pratique en matière de santé, à décrire l'histoire naturelle d'une maladie et à fournir une base pour la recherche épidémiologique. (CDC, MMWR 2001, vol. 50, no. RR-13 :2).

5. Tel que le stipule l'OMS, la santé est un état complet de bien-être à la fois physique, mental et social qu'on ne peut réduire à une absence de maladie, d'infirmité ou de problèmes sociaux. Plus précisément, la santé et le bien-être consistent en « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie » (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991, chapitre 42).

Tableau 2
Les finalités de la surveillance, PNSP et CDC

Programme national de santé publique (PNSP)::

« · informer la population sur son état de santé, de manière à ce que les individus, les groupes, les communautés ou leurs représentants puissent comparer leur état à celui de l'ensemble de la population et agir avec le meilleur éclairage possible en faveur de leur santé et de leur bien-être;
· soutenir la prise de décision et le processus de planification sociosanitaire tant par la détermination des problèmes prioritaires que par la connaissance des problèmes qui apparaissent dans la population générale ou dans certains groupes, ce qui permet de concevoir les politiques appropriées et d'offrir les activités et les services adéquats;
· réviser les orientations et les choix grâce au suivi des indicateurs de résultats;
· soutenir la prise de décision dans les secteurs d'activité connexes dont les actions, les services ou les politiques peuvent avoir des effets sur la santé et le bien-être de la population. » (Massé, 2002 : 27)

Centers for Disease Control (CDC) :

« · guide immediate action for cases of public health importance;
· measure the burden of a disease (or other health-related event), including changes in related factors, the identification of populations at high risk, and the identification of new or emerging health concerns;
· monitor trends in the burden of a disease (or other health-related event), including the detection of epidemics (outbreaks) and pandemics;
· guide the planning, implementation, and evaluation of programs to prevent and control disease, injury, or adverse exposure;
· evaluate public policy;
· detect changes in health practices and the effects of these changes;
· prioritize the allocation of health resources;
· describe the clinical course of disease; and
· provide a basis for epidemiologic research. » (CDC, MMWR 2001, vol. 50, no. RR-13 :2)

Moyens d'exercice de la fonction

Les objectifs opérationnels de la fonction sont précisés dans la loi; ainsi, la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit-elle être exercée de manière à pouvoir (art. 33 et Bouthillier, 2003 : 2) :

1° dresser **un portrait global** de l'état de santé de la population ;
2° observer les tendances et les **variations temporelles et spatiales** ;
3° détecter les problèmes en **émergence** ;
4° identifier les problèmes **prioritaires** ;
5° élaborer des scénarios **prospectifs** de l'état de santé de la population ;
6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes **spécifiques** de santé et leurs déterminants.

Quant aux activités de surveillance, le PNSP les présente selon trois axes principaux :

1. **Les activités d'alimentation des données**
   « ... ces étapes sont la détermination des données nécessaires, des sources de données et des enquêtes à mener, l'établissement et la conclusion d'ententes avec les détenteurs de données concernant l'acquisition de leurs données, la vérification de la qualité des données, la détermination et le respect des conditions nécessaires pour assurer la confidentialité des données, la mise en place et la mise à jour de systèmes d'information, la conduite d'enquêtes et de sondages ainsi que la transformation des banques de données ou des micro-fichiers exploitables. La conception de nouveaux indicateurs et de nouveaux systèmes d'information s'avère, en outre, nécessaire. » (PNSP 2002 : 28, et Bouthillier, 2003 : 3).

   Pour ce faire, on aura recours à des **systèmes de collecte de données et de renseignements** liés aux fichiers clinico-administratifs du réseau de la santé (art. 44 et 47) ou **produites par des tiers** (art. 38. Ex. SAAQ), ou encore, aux **enquêtes sociosanitaires** (art. 39) (Bouthillier, 2003 : 4).

2. **Les activités de production**
   Essentiellement, les données doivent être traitées, analysées et interprétées afin de produire une information utile, **sensée et pertinente** selon les **publics** auxquels elle s'adresse (Bouthillier, 2003 : 4).

   Si les productions peuvent prendre diverses formes (comme détaillées au chapitre 7), retenons que les rapports, national et régionaux, sur l'état de santé de la population (art. 10) sont des productions légales de la surveillance (Bouthillier, 2003, 4).

3. **Les activités de diffusion**
   Toujours selon le PNSP, les activités de diffusion visent d'une part à ce que l'information rejoigne les publics cibles par une information adaptée à ceux-ci et également par des produits spécifiques. Ce point est traité plus en détail, au chapitre 7.

Obligations légales des équipes de surveillance

La première obligation des équipes régionales de surveillance est de produire un **plan de surveillance de l'état de santé de la population** au plan régional (art. 35). Celui-ci doit être soumis, pour avis, au **Comité d'éthique en santé publique** (CÉSP). Dans le cas où le plan nécessite des données à caractère nominatif, il devra être présenté à la **Commission d'accès à l'information** (CAI), accompagné de l'avis du CÉSP (art. 36) (Bouthillier, 2003 : 5). Également, on peut penser que « (...) c'est notamment à partir des éléments du plan de surveillance que pourront être produits les **rapports national et**

régionaux, sur l'état de santé de la population (art. 10); les paramètres de ces rapports étant définis dans le Programme national de santé publique. » (Bouthillier, 2003 : 5).

En synthèse

Voici donc, en synthèse, les éléments du processus de l'exercice de surveillance, tel que présenté par Bouthillier 2003.

Tableau 3
Processus de l'exercice de la surveillance (en résumé)

Principales étapes requises pour avoir accès aux données	• Élaboration des plans de surveillance • Avis du Comité d'éthique de santé publique • Avis de la Commission d'accès à l'information
Moyens d'accès aux données nécessaires	• Données recueillies par des tiers • Enquêtes sociosanitaires • Systèmes de collecte de données et de renseignements
Production et diffusion des résultats	• Production (traitement, analyse, interprétation) et diffusion de rapports sur l'état de santé de la population. Diffusion de l'information, concernant l'état de santé et ses déterminants, auprès de la population et des décideurs, planificateurs et intervenants qui peuvent influencer l'état de santé.

Source : Bouthillier, 2003 : 9.

Outre ces éléments soulevés, nous invitons le lecteur à prendre connaissance des chapitres suivants portant notamment sur la surveillance, la vigie, les problématiques spécifiques et les problèmes en émergence donnant lieu aux propositions de structuration de la fonction et du plan de surveillance. Enfin, les derniers chapitres portent sur les objets de surveillance et ses produits, en fonction des clients.

2. Qu'est-ce que le plan de surveillance ?

Le chapitre précédent présentait les définitions de la surveillance généralement reconnues et partagées (CDC, OMS et MSSS). La Loi sur les services de santé et les services sociaux en définissant les responsabilités du directeur de santé publique légitime, dans le cadre légal québécois, le développement de cette fonction essentielle de santé publique (voir la section : Obligations légales, LSSS, article 373). Pour sa part, le plan de surveillance est un des produits de surveillance exigé par la Loi sur la santé publique (voir la section : Obligations légales, LSP, article 35).

Ce chapitre présente d'abord les obligations légales encadrant la fonction de surveillance ainsi que le plan de surveillance. Par la suite, sont abordés les quoi, qui et comment. Suivent les considérations sur l'environnement des plans de surveillance, son contenu, les ressources, et la temporalité du plan de surveillance.

Obligations légales

Ici sont regroupés les articles des lois encadrant la fonction surveillance et **le plan de surveillance**. Ils sont tirés de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que de la Loi sur la santé publique. Les articles plus spécifiques à la notion de vigie seront traités dans le prochain chapitre.

Loi sur les services de santé et les services sociaux

« **373**. Le directeur de la santé publique est responsable dans sa région :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2. d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;

3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la régie régionale[6] sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;
4. d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action. (...) » [LSSSS, L.R.Q., c. S-4.2, p.341.]

Loi sur la santé publique

Programme national de santé publique et Plans d'action régionaux **et locaux de santé publique**

« **10.** Le programme national de santé publique définit les paramètres du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population que doivent, de façon concertée, produire et diffuser périodiquement le ministre et les directeurs de santé publique.

Ces paramètres doivent permettre, dans la mesure du possible, au plan national, de comparer les résultats obtenus pour l'ensemble du Québec et selon les différents territoires des régies régionales[7] et, au plan régional, de comparer les résultats obtenus selon les différents territoires des établissements exploitant un centre local de services communautaires.

Le rapport national sur l'état de santé de la population est préparé par le directeur national de santé publique avec la collaboration des directeurs de santé publique et le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec. Il est remis au ministre qui le rend public et en assure la diffusion.

Les rapports régionaux sont préparés par chacun des directeurs de santé publique et le soutien de l'Institut national de santé publique et ils sont rendus publics et diffusés dans chaque région par le directeur. »

« **11.** Les régies régionales[8] doivent, en concertation notamment avec les établissements qui exploitent un centre local de services communautaires sur leur territoire, élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action régional de santé publique. Ce plan d'action doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et il doit tenir compte des spécificités de la population du territoire de la régie régionale[9].

12. Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée.

---

6. Note : maintenant appelée Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS).
7. Idem.
8. Id.
9. Id.

13. Le plan d'action régional peut prévoir que certaines activités seront réalisées ou que certains services seront offerts à la population par d'autres intervenants que les directions de santé publique ou les établissements exploitant un centre local de services communautaires. Le plan doit notamment tenir compte des services et soins offerts par les médecins pratiquant sur le territoire.

La régie régionale[10] prévoit à son plan régional d'organisation de services prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les responsabilités qu'elle confie aux établissements de santé et de services sociaux de son territoire pour l'application du plan d'action régional de santé publique.

14. Les établissements de santé et de services socioux exploitant un centre local de services communautaires doivent élaborer, mettre en œuvre, évaluer et mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique. L'élaboration du plan doit être faite en concertation, notamment, avec les organismes communautaires concernés.

Ce plan doit être conforme aux prescriptions du programme national de santé publique et définir, au plan local, les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional, compte tenu de la spécificité de la population desservie par l'établissement.

15. Avant de mettre en œuvre son plan régional de santé publique, la régie régionale[11] doit consulter le Forum de la population mis sur pied en vertu de l'article 343.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les différents intervenants concernés par le plan.

16. Le programme national de santé publique et les plans d'action régionaux et locaux de santé publique doivent comporter des mécanismes de reddition de compte et un cadre d'évaluation des résultats.

17. Les régies régionales[12] doivent, avant de le mettre en œuvre, déposer leur plan d'action régional de santé publique au ministre et les établissements exploitant un centre local de services communautaires doivent faire de même auprès de la régie régionale[13] de leur territoire.

18. Le ministre doit s'assurer d'une action concertée du réseau de la santé et des services sociaux et de l'Institut national de santé publique du Québec créé en vertu de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec (L.R.Q., chapitre I-13.1.1) dans la dispensation à la population des services de santé publique requis et dans la réalisation des activités de santé publique, prévues par le programme national de santé publique.

Le ministre doit aussi s'assurer que les activités de santé publique découlant du présent chapitre sont, en ce qui concerne le volet santé en milieu de travail, élaborées en concertation avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail. »

---

10. Id.
11. Id.
12. Id.
13. Id.

Surveillance continue de l'état de santé de la population

« **33.** Une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée de façon à pouvoir :

1° dresser un portrait global de l'état de santé de la population;
2° observer les tendances et les variations temporelles et spatiales;
3° détecter les problèmes en émergence;
4° identifier les problèmes prioritaires;
5° élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population;
6° suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et de leurs déterminants.

« **34.** La fonction de surveillance de l'état de santé de la population est confiée exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. (...).

« **35.** Le ministre et les directeurs de santé publique, chacun pour leur fin, doivent élaborer des plans de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifient les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements qui leur sont nécessaires pour pouvoir exercer leur fonction de surveillance[...].

« **36.** Les projets de plans de surveillance doivent être soumis pour avis au Comité d'éthique.
Lorsqu'un plan de surveillance prévoit une communication de renseignements personnels sur laquelle la Commission d'accès à l'information doit se prononcer en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1), le projet de plan de surveillance doit être préalablement soumis pour avis au Comité d'éthique et une copie de l'avis du Comité d'éthique doit être remise à la Commission.

« **37.** Le ministre et chaque directeur de santé publique doivent réévaluer périodiquement la nécessité de maintenir chacun de leurs plans de surveillance ou d'y apporter des changements.

« **38.** Le ministre et les directeurs de santé publique peuvent exiger des médecins, des laboratoires médicaux, publics ou privés, des établissements de santé et de services sociaux ou de tout ministère ou organisme, qu'ils leur fournissent des renseignements nécessaires à l'exécution d'un plan de surveillance sous une forme qui ne permet pas d'identifier les personnes que ces renseignements concernent, mais qui permet d'obtenir l'information recherchée par territoire desservi par un établissement de santé et de services sociaux exploitant un centre local de services communautaires, par municipalité, par arrondissement ou par quartier. »

Enquêtes socio-sanitaires

« **40.** Le ministre peut veiller lui-même à la tenue de ces enquêtes [socio-sanitaires] ou s'assurer que les informations recueillies lors d'enquêtes par d'autres intervenants lui soient transmises ou soient mises à la disposition des directeurs de santé publique. »

Collecte de renseignements et registres

« **47**. Le ministre peut également établir et maintenir, notamment à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population, des systèmes de collecte de données et de renseignements, personnels ou non, sur la prévalence, l'incidence et la répartition des problèmes de santé et en particulier sur les problèmes ayant des répercussions significatives sur la mortalité prématurée, la morbidité et l'incapacité, dont les modalités d'application sont fixées par règlement. »

« **49**. Le ministre peut, à des fins de soins préventifs cliniques ou de protection de la santé de la population, instituer par règlement des registres où sont inscrits des renseignements personnels sur certains services ou soins de santé reçus par la population.

Le règlement doit indiquer quels services ou soins y seront inscrits, les renseignements personnels à fournir, dans quelles circonstances, par quels professionnels de la santé et qui aura accès à ces renseignements personnels et pour quelles fins.

Le règlement doit prévoir que le consentement de la personne qui reçoit les services ou les soins est requis, tant pour l'inscription au registre que pour l'accès par des tiers aux renseignements qu'il contient et il doit permettre à une personne de retirer d'un registre tous les renseignements qui la concernent ou une partie d'entre eux.

Toutefois, le règlement peut prévoir l'inscription à un registre de certains renseignements, ou prévoir l'accès à certains renseignements, sans le consentement de la personne que ces renseignements concernent, lorsque le refus de cette personne pourrait mettre en danger la santé d'autres personnes. En pareil cas, la personne concernée ne peut non plus exiger que l'on retire du registre les renseignements qui la concernent. »

Quoi, qui, comment ?

Ainsi, c'est le ministre et les directeurs de santé publique qui ont pour mandat exclusif, la fonction de surveillance (LSP, article 34). Pour sa part, le tableau ci-contre illustre le contenu légal de ces plans de surveillance régionaux qui devront pour leur part être soumis au Comité d'éthique et d'autre part, inclure dans le processus, une réévaluation périodique.

Les problématiques régionales spécifiques et le « comment » de la réalisation du plan de surveillance font en partie, l'objet de la présente consultation.

Tableau 4
Synthèse du contenu du plan de surveillance

Synthèse du contenu du plan de surveillance :
- Spécifier les finalités recherchées;
- Spécifier les objets de surveillance;
- Spécifier la présence ou non de renseignements personnels qu'il est nécessaire d'obtenir;
- Spécifier les sources d'information envisagées et plan d'analyse;
- Prévoir, au besoin, le recours à des tiers dans le plan de surveillance.

Prévoir, dans le processus :
- Soumettre au Comité d'éthique;
- Réévaluation périodique.

Voyons, maintenant, quelques-uns des éléments de l'environnement de l'organisation de la fonction et du contenu des plans de surveillance.

Et autres considérations environnementales

Autour du mandat de plan de surveillance régional, gravitent d'autres obligations qui ont des répercussions quant au contenu et au processus tels le Programme national de santé publique, le Plan de la santé et des services sociaux. Pour faire les bons choix (Plan de relance), ainsi que le plan stratégique régional et les plans d'action locaux de santé publique et le plan d'action régional de santé publique. Enfin, il devrait également contribuer à la planification et au bilan annuel de la Direction de santé publique et des équipes de santé au travail pour la Commission de santé et sécurité au travail.

Comme mentionné précédemment, le plan de surveillance régional est étroitement lié au Programme national de santé publique et intègrera le « tronc commun » québécois du plan de surveillance.

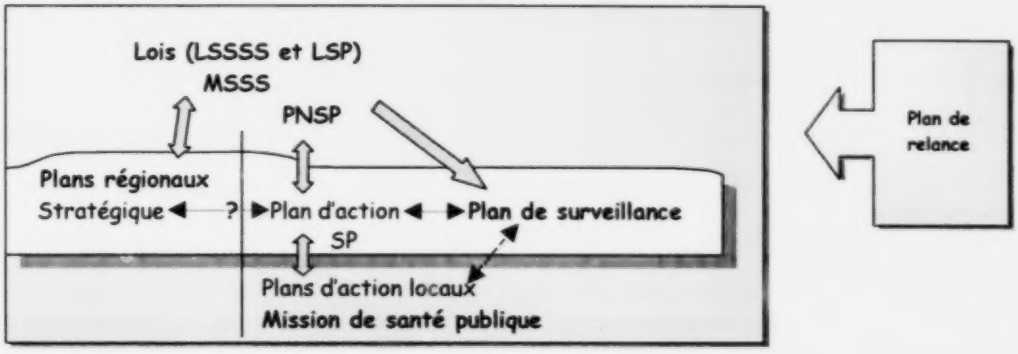
Par ailleurs, voici les grandes cibles du Plan de relance (MSSS, 2002)[14], qui viennent baliser les choix gouvernementaux actuels. Comme défis[15] sont identifiés les éléments suivants :

- Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne ;
- Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement ;
- **Prendre le virage prévention** (pour plus de détails, voir l'annexe 5) ;
- Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés.

Enfin, des plans stratégiques régionaux triennaux de même que des plans d'action locaux et régional de santé publique seront mis en œuvre pour chaque région. Cependant, bien qu'influencés à divers degrés par ces différents éléments de l'environnement, les plans de surveillance doivent, d'abord et avant tout, répondre au mandat légal du directeur de santé publique.

14. Notons que le changement de gouverne, en 2003, modifie les priorités gouvernementales, de sorte que le Plan de relance, ainsi que les plans stratégiques régionaux prévus à cette période ont été remplacés par d'autres préoccupations.
15. L'exercice du Plan de relance (MSSS, 2002) se fait en considérant que les 1 774,2 millions de dollars prévus à cette fin sont disponibles. Étant également entendu que les enveloppes budgétaires à cette fin, seront précisément identifiées.

Figure 1
Modèle général de l'environnement du plan de surveillance, 2003



La figure 1 illustre ces divers éléments de l'environnement qui seraient en mesure d'influencer le contenu du plan de surveillance.

Et le contenu du plan de surveillance ?

En plus d'un tronc commun national, le plan de surveillance régional pourra inclure des problématiques spécifiques qui sont propres à notre région. Le tronc commun peut servir au rapport national mais peut inclure également des types de production ciblés, spécifiques, pour des clients déterminés et dont les particularités régionales seront déterminés notamment par consultation.

Ainsi, le plan de surveillance régional pourrait inclure les éléments suivants :

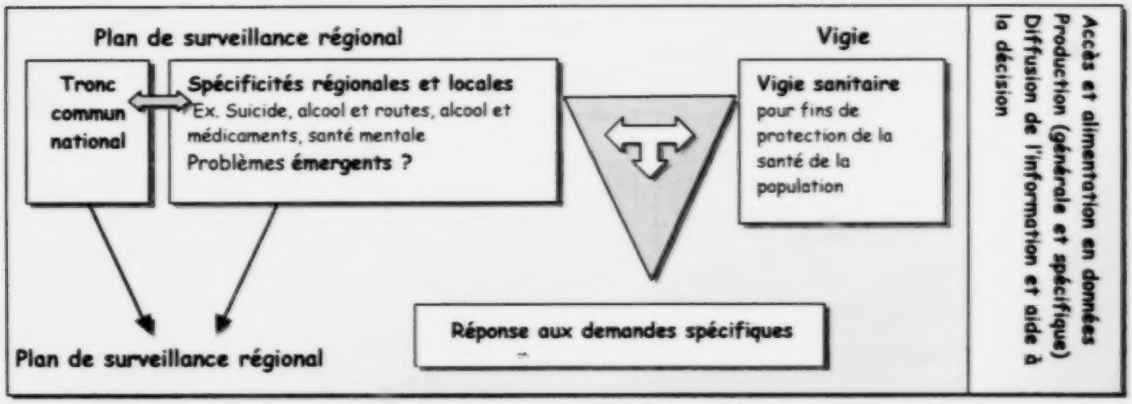
- **Tronc commun** (partagé nationalement);
- **Problématiques régionales spécifiques** (ex. suicides, traumatismes routiers, alcool et médicaments, exposition à l'arsenic par l'eau potable, décès au travail, ou autres...);
- **Problèmes en émergence** (ce point est discuté au chapitre 4). Certaines de ces problématiques[16] pourraient être ciblées par notre région dont le suivi pourrait se faire dans la région et/ou se faire au niveau national).

16. Le DSP serait en droit d'exiger d'obtenir de l'information (art. 38, Loi de santé publique). Le ministre a le pouvoir d'enquêtes spécifiques en surveillance, avec l'accord du Comité d'éthique.

Quant à la vigie sanitaire[17], selon le modèle proposé, elle ferait partie du plan régional d'organisation de la surveillance, mais ses activités seront identifiées comme telles et ne feront pas partie du plan régional de surveillance avec ses exigences légales (comité d'éthique, rapports statutaires). Les points concernant la place de la vigie et des problèmes émergents seront discutés plus en détail, respectivement aux chapitres trois et quatre.

À la figure 2 sont illustrées les activités de la fonction de surveillance, en articulation avec le plan de surveillance régional.

Figure 2
Organisation de la fonction de surveillance, région de la Chaudière-Appalaches, 2003



Note : le poids relatif de chaque élément est à géométrie variable, c'est-à-dire que l'ampleur de l'un est inversement proportionnelle à celle de l'autre.
Source : adaptation de Massé, 2002.

En résumé, on retrouve donc dans le plan de surveillance régional, le tronc commun national, « (...) afin d'assurer la cohérence et la comparabilité des informations qui seront produites pour tous les territoires du Québec (l'ensemble du Québec, régions sociosanitaires, CLSC, MRC, etc.) pour un ensemble restreint de paramètres convenus » (Bouthillier, 2003 : 6 ; tiré de Émond, 2002). Dans la part du plan régional spécifique à notre région, on traitera de problématiques spécifiques à creuser ou à fouiller davantage et des problèmes émergents. La vigie ferait partie de l'organisation régionale de la fonction surveillance, mais ne sera pas soumise aux mêmes dispositions légales que le plan de surveillance (comité d'éthique, rapports statutaires).

17. Définition de vigie du PNSP; Massé, 2002 : annexe 1, p.5.

Par ailleurs, le plan régional de surveillance intègre les éléments de tous les domaines de santé publique, incluant donc ceux de santé au travail, de santé et environnement et de maladies infectieuses.

Selon la loi et le PNSP

« Selon la LSP, ces plans doivent, au minimum, spécifier :

- les finalités recherchées
- les objets de surveillance (chapitre 6)
- les renseignements personnels ou non qu'il est nécessaire d'obtenir pour exercer la fonction de surveillance
- les sources d'information envisagées
- le plan d'analyse de ces renseignements
- la réalisation (dans le cas d'un mandat confié)
- auxquels doit s'ajouter la diffusion selon différentes modalités adaptées. » (Bouthillier, 2003 :5).

Le tout devant s'inscrire dans la surveillance générale et les domaines d'intervention de la santé publique soit : les principaux problèmes de santé et de bien-être sur lesquels portent les activités dans chacun des domaines d'intervention et les déterminants et facteurs de risque qui sont associées à ces problèmes (PNSP, 2002 : 31).

Distinction entre surveillance, vigie sanitaire et recherche

« Tous [tous les pays] ne conçoivent pas la surveillance de la même façon : par exemple, aux États-Unis comme en France, les définitions de la surveillance se veulent beaucoup plus larges, englobant entre autres, ce qu'au Québec nous avons tenté de cerner sous « vigie sanitaire » (Bouthillier, 2003).

La distinction est de taille, les finalités respectives n'étant pas les mêmes : si la surveillance a pour finalité première d'informer la population et les décideurs sur l'état de santé de la population, la vigie sanitaire a pour but ultime de protéger[18] la santé de la population, et par là, se situe davantage dans

18. Les activités de vigie sanitaire s'effectuent, d'ailleurs, dans le cadre de la fonction de protection de la santé de la population.

un mandat d'intervention d'autorité[19]. Conséquemment, les populations ciblées par la vigie sanitaire sont plus restreintes et la collecte de données, plus directe.

Tableau 5
Distinctions entre la surveillance, la vigie sanitaire et la recherche au sens de la Loi sur la santé publique

	Surveillance de l'état de santé de la population	Vigie sanitaire	Recherche
Finalité	Informer et soutenir la prise de décision	• Protéger la santé de la population	Améliorer les connaissances fondamentales
Objectifs	Appréciation continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants	• Identification des situations de menace réelles ou appréhendées à la santé	• Vérification d'hypothèse • Étude d'un problème
Collecte de données			
• Population visée	• L'ensemble de la population	• Personnes affectées ou menacées	• Participants au projet • Population
• Sources de données	• Systèmes de collecte de données, enquêtes ou données recueillies par des tiers	• Personnes autorisées ou ayant l'obligation de déclarer (MADO, MATO, MCI) ou de signaler	• Participants, données recueillies par des tiers, données autorisées par la CAI
• Nature des données	• Peuvent être nominales (identifiant unique)	• Nominales sauf pour les signalements	• Nominales • Identifiant unique
• Durée	• En continu	• En continu	• Limitée dans le temps, selon l'avis de la CAI
• Délai d'obtention	• 1-2 ans	• En temps réel	• Variable
Accès aux données	• Professionnels et personnel de soutien habilités	• Professionnels et personnel de soutien habilités	• Équipes de recherche
Type d'analyse statistique	• Souvent descriptive	• Variable	• Souvent complexe
Obligations	• Plans de surveillance • CÉSP • CAI • Règlement du ministre (système de collecte de données)	• Déclaration, signalement • Règlement du gouvernement • Règlement du ministre • Protection des renseignements personnels	• Protocoles de recherche • CÉR • CAI

Sources : Bouthillier, 2003 : 8, tiré de L. Chénard, I. Clapperton et membres du Groupe de travail sur l'élaboration de la LSP; inspiré de Thacker, S.D. et R.L. Berkelman (1988) « Public Health Surveillance in the United States », Epidemiologic Reviews, vol. 10, p. 169.

19. Comparativement à la surveillance qui a un mandat de production de connaissance sur l'état de santé de la population.

Le tableau précédent précise les distinctions que nous venons d'esquisser et établit également une comparaison avec la recherche; une distinction utile pour comprendre et mieux situer les activités de surveillance (fonction qui nous intéresse plus particulièrement) (Bouthillier, 2003 : 7).

Et les ressources ?

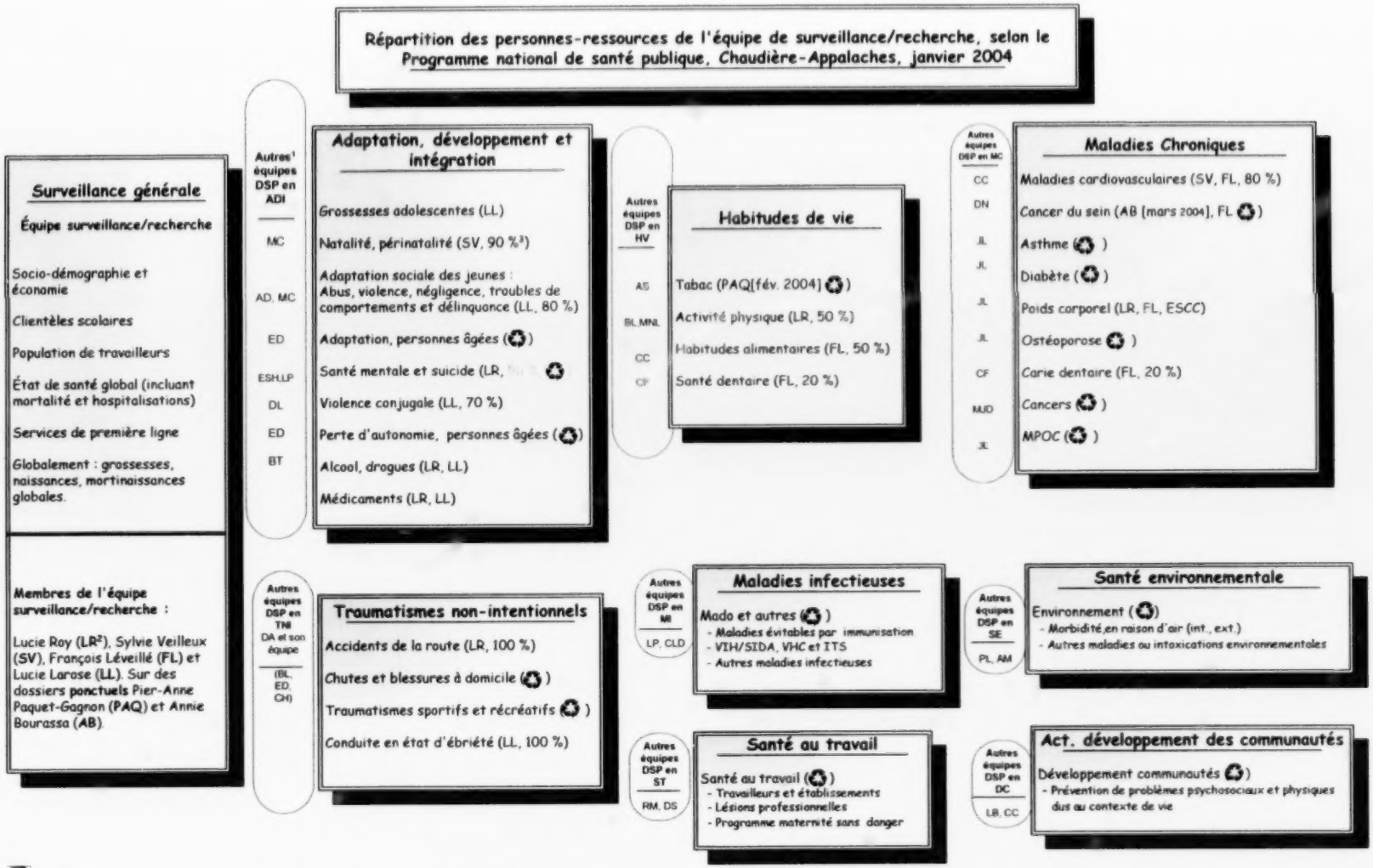
Ce qui est déterminant dans l'organisation de la surveillance, c'est le mandat du directeur de santé publique et de ses équipes, le plan de surveillance régional et les rapports d'action régionaux et locaux sur l'état de santé, qui permettront de fournir les informations de santé et de bien-être pertinentes pour la population. Dans le même esprit, il importe de partager un cadre commun de la fonction de surveillance (annexe 1) afin notamment que celle-ci réponde aux mandats légaux de la santé publique.

Équipe régionale

Un premier point consiste à déterminer si l'on dispose, régionalement, des ressources suffisantes pour traiter le tronc commun, et l'ensemble des bases de données pertinentes, en se répartissant le travail. On pourrait postuler que ce ne sont pas toutes les régions qui disposent des ressources suffisantes, ou d'une équipe minimale pour maintenir l'expertise (accès, traitement, analyse et interprétation) sur l'ensemble des bases de données pertinentes pour la surveillance en santé publique et ce, en temps requis. Enfin, il ne faudrait pas que les produits statutaires monopolisent complètement les ressources régionales.

En ce qui a trait aux ressources de l'équipe de surveillance et recherche à la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches, l'organigramme suivant (figure 3) présente la répartition de celles-ci, dans les domaines du Programme national de santé publique, en janvier 2004. Rappelons qu'à cette période, l'équipe se compose de deux agents de recherche, ainsi que d'un technicien (ETP). Également, l'équipe de santé au travail dispose de deux agents de recherche pour la surveillance en ce domaine et pour certains mandats de la CSST. Enfin, les autres équipes (MI, SE) effectuent la surveillance à même leurs ressources.

Figure 3



: l'équipe de surveillance/recherche ne dispose pas de ressources sur ces sujets.

[1]. Autres équipes (...) : initiales des membres des autres équipes désignées pour ces dossiers.

[2]. (...) : membres de l'équipe surveillance/recherche connaissant le sujet.

[3]. (XX %) : pourcentage (%) de cette information traitée selon leurs sources d'information.

Le 9 février 2004,
ESR, LL, SV, JL, RM, AD, AT, PD, JS

ESSAIPNSPfin.vsd
Production : ADRLSSSS de Chaudière-Appalaches, DSP(SRE), 2004

Partage de tâches : régional et national

L'hypothèse est émise, à savoir que l'on pourrait aussi penser traiter les sources d'information dans une optique d'expertise nationale (MSSS et INSP : désavantage : perte d'expertise générale régionale) (réflexion à faire), le mandat régional devenant davantage un mandat de diffusion aux clientèles cibles. Cela deviendrait un mandat de surveillance plus spécifique, plus pointu, plus raffiné selon les problèmes régionaux et locaux. Les informations qui servent au rapport national devraient-elles être traitées au national, même pour le découpage local ?

Cette réflexion se poursuit au plan national.

On pourrait aussi penser que des ressources « spécialisées » dans un type de problème national (banque d'information ou problématiques) traitent les bases d'information et du découpage pour l'ensemble des régions (incluant les MRC ou CLSC) et que chacune des régions se réapproprie ces données pour les transformer en information régionale ou locale ciblée pour leur clientèle spécifique.

Questionnement : serait-il justifié d'unifier la surveillance (pour la santé publique [toutes équipes]) ou encore, sur certains aspects au plan national? Exemple, en santé au travail, il serait possible d'obtenir des données sur les lésions professionnelles pour l'ensemble du Québec (un comité provincial formé de 3 médecins et 5 agents de recherche réfléchit aux façons de faire; il répond à la TCNSAT. Néanmoins, un certain traitement local de l'information reste à réaliser). En santé au travail, pour des programmes spécifiques (programmes intégrés d'intervention [PII]), des mécanismes d'analyse québécois sont déjà en place. En ce qui a trait à la surveillance, il y a un comité national sur l'accès aux données au provincial, mais ses membres[20] ne se rencontrent vraiment pas beaucoup et le comité ne couvre que les banques traditionnelles en santé (grosso modo : décès, hospitalisations, naissances et recensement).

Place du déterminant « organisation de services » dans la fonction de surveillance

Dans le Plan de surveillance : une base commune (Vanasse, 2002), on retrouvait des éléments sur l'organisation des services (davantage en termes de direction [ressources, services, etc.] qu'en tant que déterminant). Il importe de bien préciser que c'est un plan de surveillance pour la santé publique et donc axé sur les fonctions de prévention, de protection et de promotion de la santé. Le

20. Pour notre région, depuis le départ de l'une de nos agentes de recherche, nous ne disposons plus de ressources sur ce comité.

déterminant « sur l'utilisation et l'organisation des services de santé et des services sociaux » (préventifs ou curatifs) doit cadrer avec les objectifs de surveillance de santé publique poursuivis. Il faudra donc s'assurer de clarifier les objets de surveillance pour la santé publique dans ce domaine ainsi que l'offre de service pour les instances externes à la santé publique.

Enfin, un dernier point à discuter concernant la direction de l'organisation des services dans le plan de surveillance : on peut penser qu'avec le déploiement du plan de surveillance et la révision de l'organisation de la fonction de surveillance, la situation sera revue, afin de répondre aux questions de la direction d'organisation de services[21], dans la mesure où elles concernent les ressources en tant que l'un des déterminants[22] de la santé et du bien-être.

Procédure de demande de service non planifiée, en surveillance

Déjà, on dispose d'une idée assez élaborée quant à la fonction surveillance. Cependant, il demeure toujours des demandes qui arrivent en sus des éléments planifiés[23]. Lors d'une demande de service non planifié à l'équipe de surveillance, dans une première étape, il importe de considérer si nous disposons des ressources suffisantes afin de répondre à notre plan de surveillance régional. Notons que les membres des équipes de santé publique sont de grands utilisateurs des informations de surveillance et influent sur les produits de surveillance (car ils sont impliqués au travail terrain et au PNSP). Par ailleurs, il importe de cibler les éléments de données régulièrement requises qui pourraient être rendues disponibles via le site web, ou encore les intranets pertinents. Enfin, dans la démarche du plan de surveillance, diverses instances de consultation pourront être considérées (ex. autres directions de la RRSSS, Forum de la population et partenaires).

Lors d'une demande[24] de service de surveillance, l'analyse se fera en fonction des prémisses suivantes :

---

21. Historiquement, cette direction de notre RRSSS disposait d'une ressource pour répondre à ses demandes concernant les bases d'information, en lien avec les services. Des changements structurels ont modifié les tâches de cette ressource, de sorte que leurs demandes au service de surveillance se sont accrues, sans que les effectifs de surveillance s'accroissent.
22. Avec d'abord, l'environnement, la biologie et les habitudes de vie. (Roy, 1988 : 24)
23. Ces demandes adressées à l'équipe surveillance, recherche (variant entre 100 et 200 annuellement) font l'objet d'un bref rapport présenté à l'équipe, chaque année.
24. Afin de se doter d'une procédure de réponse aux demandes « ad hoc ». Ainsi par exemple, il est arrivé que, sur une demande du conseil d'administration, des démarches ont dû être entreprises spécifiquement, afin d'obtenir de l'information pour la surveillance d'un problème pourtant prioritaire dans notre région. Cette responsabilité eut dû être assumée systématiquement en surveillance, afin d'être proactifs dans cette problématique.

- En lien direct avec notre mission de santé publique (objet portant sur les déterminants de la santé et du bien-être, des problèmes identifiés dans le PNSP, le plan de surveillance régional et problèmes émergents ayant un impact significatif sur la santé ou le bien-être de la population).
- On livre ce que l'on annonce.
- On annonce ce que l'on est en mesure de réaliser (en tenant compte des ressources [matérielles, financières et humaines, dont on dispose]).
- Toute demande doit considérer la première prémisse (c.-à-d. dans la logique de la santé publique).
  Sinon, il y aura évaluation et il s'agira d'une réponse spécifique, à une situation spécifique.

Rappelons enfin, qu'à cet égard, on doit se centrer sur le mandat de surveillance en santé publique, notre tâche principale !

Autres considérations

En surveillance, la question s'est posée, à savoir si l'on doit utiliser toutes les sources d'information ou, uniquement, celles qui sont priorisées ? Cependant, de se limiter à certaines sources d'information (souvent les plus « dures »), peut limiter grandement la documentation de certaines problématiques de santé publique et plus particulièrement celles ayant trait au bien-être et à l'adaptation sociale. Ainsi, qu'en est-il également de l'information que l'on peut obtenir avec le système d'information des CLSC (I-CLSC). Ici, ce n'est pas tant l'analyse systématique de banques d'information qui préoccupe, comme le fait de se garder l'opportunité de trouver réponse aux questionnements le plus en amont des problématiques et ce, dans les sources d'information appropriées. Enfin, le PNSP fait peu référence aux diverses sources d'information en adaptation sociale!

En général, selon les finalités de la surveillance (cf. tableau 2), des problématiques spécifiques se dégagent (ex. santé mentale, adaptation sociale, etc.). Certaines peuvent être priorisées mais il importe de maintenir une vision globale quant à l'état de santé et de bien-être de la population. De chacune de ces problématiques se détermine la méthodologie appropriée et conséquemment les outils, l'information et les indicateurs les plus appropriés à celles-ci. Enfin, à la lumière de cette information ou indicateurs souhaités, se révèlent les bases d'information les plus pertinentes aptes à éclairer notre vision. Ainsi, il nous apparaît important de considérer toutes les sources d'information

pertinentes, tant celles dites classiques (« dures ») que celles plus novatrices, qui permettront de répondre le mieux possible aux objectifs de surveillance, sous toutes les facettes souhaitées.

Enfin, il importe de se garder un espace pour assurer le suivi des problèmes émergents dans la planification du travail d'équipe de surveillance.

Quelle Temporalité du plan de surveillance ?

Selon la loi, le plan de surveillance régional serait produit **régulièrement**, de manière statutaire (la fréquence reste à préciser). Suite aux dernières discussions à la TCNS, on pourrait penser, au total, à une temporalité s'étalant sur une dizaine d'années (incluant la nécessaire révision pour une période aussi longue) étant souligné que les bases de données de recensement ne sont produites qu'aux cinq ans (recensement : 2001, 2006 et 2011). Par ailleurs, les données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ, antérieurement Santé Québec) devraient être disponibles aux deux ou trois ans.

Enfin, le plan de surveillance régional, dans son ensemble (de même que ses modifications) doit passer par le comité d'éthique. Sa temporalité reste donc à être définie en fonction des travaux nationaux en cours.

3. Quelle serait la place de la vigie dans l'organisation de la surveillance ?

Il importe de se questionner sur la place de la vigie dans la fonction de surveillance régionale. On présente d'abord ce dont il s'agit, pour l'étudier ensuite à la lumière de la Loi sur la santé publique et enfin, dans son articulation avec la surveillance.

Quoi, qui, comment ?

Dans la Loi sur la santé publique (articles 2 et 8), on parle de la vigie comme appui aux interventions de protection de la santé publique lorsque celle-ci est menacée[25]. Par contre, on ne retrouve cette distinction nulle part ailleurs dans les cadres de référence consultés (OMS, CDC, groupe provincial du Québec). Le comité de surveillance québécois s'interroge également sur ce point. Est-il normal que le rôle de vigie soit dissocié de celui de surveillance, en termes d'efficacité et d'efficience ?

> La vigie sanitaire est un processus de veille qui permet de reconnaître, en temps réel, les menaces. (Massé, 2002 : 109)

Agir en temps utile (au moment opportun, voulu, c'est la notion de réactivité du système [« Timeliness »]) peut, aussi, dépasser les fonctions d'une seule équipe (ex. MI en milieu de travail avec certaines MADOS précises, radiations, produits toxiques, etc.).

D'autres sujets ne sont pas traités avec la nécessité d'action aussi immédiate (ex. suicides, traumatismes et accidents du travail) et ne cadrent pas à la définition légale de menace. Cependant, dans une vision élargie de la vigie et de la surveillance, un suivi systématique pourrait se faire dans des temps plus périodiques (aux six ou trois mois par exemple)! Enfin, on peut se questionner quant à la vigie[26] de certains problèmes psychosociaux ou autres, en vue de la protection de la santé et en dehors des champs classiques de MI, SE et SAT, et ce, particulièrement en appui aux interventions des CLSC (ex. agressions sexuelles, accidents impliquant alcool et routes, violence, etc.).

À notre sens et dans le contexte de la santé publique, la vigie fait partie de la fonction de surveillance dans la région et donc, elle devrait être intégrée, tant dans l'organisation de la fonction

25. La notion de menace dans la loi réfère à celles biologiques, chimiques ou physiques.
26. Ici, il ne faudrait pas confondre les notions de risque et de menace. Par exemple, les personnes peuvent être à risque de suicide alors que que la menace d'agression implique une intervention d'autorité.

de surveillance en général qu'au niveau de liens plus formels avec les équipes de santé publique concernées. Ultimement, on pourrait penser inclure certains indicateurs de vigie (notamment lorsqu'elle persiste dans le temps) dans notre plan de surveillance régional. Cependant, tel que mentionné auparavant, la partie vigie de notre plan d'organisation de la surveillance ne serait pas soumise aux mêmes exigences légales que le « plan régional de surveillance ».

Au tableau suivant, vous trouverez les principaux passages du Programme national de santé publique en regard de la vigie.

Tableau 6
La vigie, dans le Programme national de santé publique, 2002

PROGRAMME NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE

Les maladies infectieuses

« Plusieurs activités sont dictées par la Loi sur la santé publique, notamment en ce qui concerne le registre de vaccination, la **vigie sanitaire** et l'application de mesures de contrôle des maladies à déclaration obligatoire et des maladies à traitement obligatoire. L'exercice de la **vigie sanitaire**, qui exige l'accès aux renseignements nécessaires afin de déclencher une enquête épidémiologique par l'investigation des cas déclarés, des éclosions, des agrégats ou des épidémies, est essentiel pour garantir à la population sa protection contre des menaces réelles ou appréhendées. » (Massé, 2002 : 65).

« **Vigie sanitaire** concernant les maladies évitables par l'immunisation

Mise en place d'un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique. » (Massé, 2002 : 67).

La protection de la santé

« Pour protéger la santé de la population, les équipes de la santé publique doivent participer activement, avec les autres partenaires, à la conception et à la mise en place des mesures d'urgence. L'exercice de cette fonction demande également une vigilance constante pour agir rapidement. Les pouvoirs conférés à ces équipes garantissent l'exercice de la **vigie sanitaire**, notamment pour les objets visés par les sources d'information suivantes : les maladies à déclaration obligatoire attribuables à des agents physiques, chimiques ou biologiques, les maladies à traitement obligatoire, les manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination et le signalement de menaces pour la santé. » (Massé, 2002 : annexe 1 : 5).

Source : Massé, 2002.

Obligations légales

Ici sont regroupés les articles généraux des lois encadrant la **notion de vigie**. Ils sont tirés de la Loi sur la santé publique.

Loi sur la santé publique

CHAPITRE I

OBJET DE LA LOI

« 2. Certaines mesures édictées par la présente loi visent à permettre aux autorités de santé publique d'exercer une **vigie sanitaire** au sein de la population et à leur donner les pouvoirs pour intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

CHAPITRE II

PROGRAMME NATIONAL ET PLANS D'ACTION RÉGIONAUX ET LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

« 8. Le programme national de santé publique doit comporter des orientations, des objectifs et des priorités en ce qui concerne :

1. la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants ;
2. la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population ;
3. la promotion de mesures systémiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ;
4. la protection de la santé de la population et les activités de vigie sanitaire inhérentes à cette fonction. (...) »

Déjà la loi distingue les deux fonctions de surveillance et de vigie

Ainsi, la **surveillance** s'exerce davantage sur du long terme et montre l'évolution au cours des années, permettant ainsi, d'orienter les services de santé.

Pour sa part, la **vigie**, essentiellement campée en protection, nécessite un suivi plus quotidien de l'information (ex. MADO) et plus pressant (ex. un surnombre de coqueluche, intoxications alimentaires, qualité de l'eau, intoxications au monoxyde de carbone) parce que pouvant nécessiter une intervention immédiate de protection de la santé. Dans ce cas, il y a suivi, détermination du problème et intervention immédiate. Ceci est également vrai pour l'eau potable (réseaux, qualité,

etc.) où l'on observe une interaction dynamique (accumulation de rapports) plutôt qu'une synthèse (intervenant généralement beaucoup plus tard). La vigie serait donc une forme de surveillance particulière, plus quotidienne, ayant pour but une réaction immédiate dans un but de protection de la population.

Quelle est l'utilité de l'information de surveillance et de vigie ?

La notion de vigie implique celles de suivi et d'alerte et d'action immédiate (MADO, eau potable) dans le temps. Ce serait là que réside la grande différence entre les notions de vigie et de surveillance. Entre le moment où l'on planifie un rapport de surveillance et sa diffusion, les délais sont de moyen à long terme. La vigie, pour sa part, peut être davantage à court terme : quotidienne, mensuelle, selon le besoin.

La vigie et la surveillance n'ont pas les mêmes finalités. Alors que la vigie contient la notion d'alerte, de suivi immédiat et de réaction à une menace, la surveillance, pour sa part, assure un suivi dans le temps.

Pour la vigie, l'information est suivie de près et demande action. Dans la mesure où la pertinence de ce problème nécessite un suivi à moyen et long terme, alors un objet de vigie pourrait devenir également objet de surveillance.

Divers exemples pouvant illustrer l'interface entre la surveillance et la vigie :

Surveillance : traditionnelle ou encore les MADO (ces données peuvent être utilisées pour la surveillance), CO (monoxyde de carbone dans les chariots élévateurs) ou certains cas de contagion (versus les MADO, CSST ou Centre anti-poison), etc.

Vigie : les agressions, alcool et route, traumatismes et accidents de travail, etc.

Proposition : intégration des fonctions de vigie dans l'organisation de la fonction de surveillance régionale.

4. Et de celles des problématiques régionales spécifiques et des problèmes en émergence dans le plan de surveillance ?

Cette section traite, entre autres, des **problématiques régionales spécifiques** auxquelles il conviendrait d'accorder une attention de surveillance particulière, pouvant déborder des préoccupations du « tronc commun » national. Celles-ci peuvent faire l'objet de la présente consultation.

Comme mentionné précédemment, des problématiques[27] régionales spécifiques pourraient être ciblées et intégrées au plan de surveillance pour notre région. Serait-ce une ou des problématique(s) uniquement surveillée(s) au niveau national ou peuvent-elles l'être aussi au niveau régional ? Ainsi, le plan de surveillance régional, en plus de considérer le « tronc commun » propre à chacune des régions, pourrait inclure l'étude des problèmes spécifiques à la région.

Cette proposition vise à déterminer un consensus sur la (ou les) problématique(s) régionale(s) spécifique(s) à documenter dans le plan de surveillance. Comment se fera l'identification et la priorisation pour l'adaptation aux particularités régionales ?

Proposition : le choix de problématiques régionales spécifiques dans le plan régional de surveillance de la région de la Chaudière-Appalaches.

Pour leur part, les **problèmes en émergence** peuvent être identifiés en termes qualitatifs ou quantitatifs, mais également provenir d'enquêtes ou recherches[28] spécifiques ou encore du plan clinique. Ainsi, la connaissance de l'existence du VIH puis sa surveillance sont-elles issues de cinq cas de pneumonies rares, rapportées au CDC en 1981. Ces nouveaux « problèmes » ou « causes » seraient identifiés à partir des données, de la pratique clinique ainsi que d'enquêtes canadiennes ou encore de

27. Le DSP serait en droit d'exiger d'obtenir de l'information (art. 38, Loi de santé publique). Le ministre a le pouvoir d'enquêtes spécifiques en surveillance, avec l'accord du Comité d'éthique.
28. La recherche diffère de la surveillance (ex. Femmes âgées, seules et pauvres, exposition au latex, etc.). Au départ, d'anecdotique ou spécifique, la recherche peut conduire à des objets de surveillance. Seulement, on peut s'interroger quant à la place qui sera disponible pour la recherche régionale.

toute cueillette d'information jugée appropriée (exception, les mesures spéciales en cas d'urgence). Est-ce réaliste ? Peut-on espérer découvrir, puis suivre, régionalement des problèmes en émergence par ces sources de données ?

Le terme « problèmes en émergence » peut porter à confusion au niveau de la surveillance. L'identification même de l'existence d'un nouveau problème, donc dit émergent, provient généralement d'observations de cliniciens ou de praticiens astucieux, ou encore de groupes d'intérêt ou d'individus intéressés qui croient avoir observé, dans leur pratique, quelques cas d'un phénomène inédit. En le signalant aux autorités de santé publique, il arrive parfois qu'on identifie de la sorte un problème émergent. Par définition, étant un problème nouveau non connu a priori, il semble difficile d'intégrer ce genre de problème dans un plan de surveillance. Ils seront révélés au fur et à mesure des observations fortuites faites par différents acteurs.

La notion de « problème émergent » peut aussi faire référence à des changements apparents d'un problème connu que l'on doit documenter, comme l'augmentation de la fréquence (ex. : diabète), changement dans la distribution (ex. : obésité chez les jeunes), sévérité plus grande, causes nouvelles, sources inédites de contamination, nouvel angle d'observation (ex. gaz à effet de serre), etc. Il devient alors important d'intégrer ces éléments dans un plan de surveillance afin de pouvoir mieux connaître la nature de ces changements, de les quantifier et d'en suivre l'évolution avec une finalité de prévention et de contrôle de la maladie.

Cette proposition vise à se doter d'un espace régional permettant d'intégrer le suivi de problèmes émergents.

Proposition : intégration de la notion de problèmes émergents
dans la fonction de surveillance régionale de la région de la Chaudière-Appalaches.

5. Proposition de structuration de la surveillance

En conclusion, pour le plan de surveillance, le « tronc commun » d'indicateurs devra donc répondre aux besoins du directeur de santé publique, du national et des régions. Il faudrait y déterminer l'essentiel plutôt que l'ensemble, et maintenir un espace régional pour les problématiques spécifiques à la région. Par ailleurs, ce plan de surveillance pourrait également modeler l'organisation de la fonction surveillance dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Voici quelques éléments soumis en consultation soit : l'intégration de la vigie dans l'organisation de la fonction de surveillance, la place des problématiques régionales spécifiques et des problèmes émergents et enfin, de l'organisation de la surveillance dans notre région.

En ce qui a trait à la notion de **vigie** :

Nous soumettons pour consultation la proposition suivante.

> **Proposition** : intégration des fonctions de vigie dans l'organisation de la fonction de surveillance régionale.

En ce qui a trait aux **problèmes émergents** :

Cette proposition vise à se doter d'un espace régional permettant d'intégrer l'évaluation ou la documentation de problèmes de nature émergente.

> **Proposition** : intégration de la notion de problèmes émergents dans la fonction de surveillance régionale de la région de la Chaudière-Appalaches.

En ce qui a trait aux **problématiques régionales spécifiques** :

Cette proposition vise à déterminer un consensus sur la (ou les) problématique(s) régionale(s) spécifique(s) à documenter dans le plan de surveillance. Comment se fera l'identification et la priorisation pour l'adaptation du plan de surveillance aux particularités régionales ?

> **Proposition** : le choix de problématiques régionales spécifiques
> dans le plan régional de surveillance de la région de la Chaudière-Appalaches.

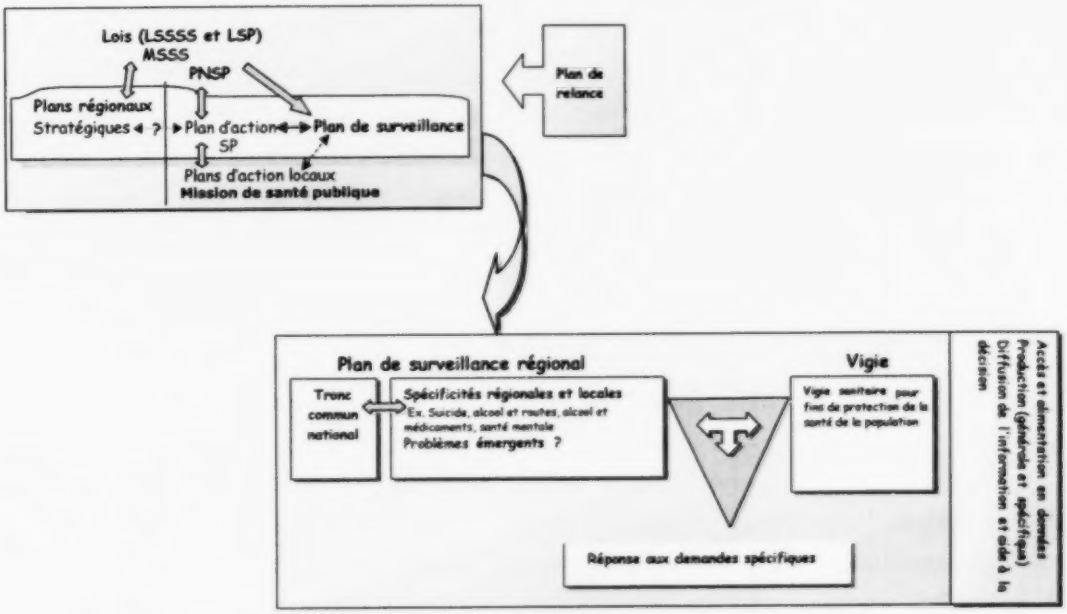
Note : il faudrait prévoir l'identification des problématiques régionales spécifiques, le processus et les mécanismes de consultation des objets de surveillance et de vigie. Mécanismes de priorisation des objets au besoin.

Enfin, il faut tenir compte des principes éthiques du PNSP (Massé, 2002 : 15). Même le choix des problèmes a une connotation éthique puisqu'il s'agit de choix basés sur des valeurs, des jugements.

En ce qui a trait à **l'organisation de la surveillance** :

Le modèle conceptuel de la surveillance, tel que présenté à l'annexe 1, constitue l'assise de la présente proposition. Par ailleurs, on discute de l'agencement des tenants et aboutissants du plan de surveillance selon le modèle suivant :

Figure 4
Modèle général de l'environnement
et du contenu du plan de surveillance régional, 2003



Ainsi, ce modèle serait à même d'assurer la réalisation des mandats de la santé publique (selon la Loi des services de santé et services sociaux et celle de la santé publique), d'informer la population et de maintenir la latitude nécessaire à la fonction de surveillance pour assumer notamment la tâche de suivre les problématiques régionales spécifiques ou possiblement ceux émergents (bien que pour une part importante, cette dernière responsabilité soit de ressort national) et également d'assumer les fonctions de vigie, dans l'organisation de la fonction de surveillance dans la région.

En ce qui a trait à **l'organisation de la fonction de surveillance** :

Le présent document n'a pas pour objet de remettre en question l'organisation de la santé publique. Cependant, le rôle et les interfaces entre les équipes de santé publique pour la vigie ou le plan de surveillance peuvent faire l'objet de discussions dans le cadre de la présente consultation. En effet, quels seraient les liens, modalités de fonctionnement ou interfaces fonctionnels que l'on pourrait

mettre en place, pour améliorer la fonction de surveillance dans un modèle de regroupement de la Direction de santé publique ?

Bien qu'il puisse sembler prématuré d'axer sur un regroupement éventuel des ressources de santé publique, on peut tout de même s'interroger quant au comment s'assurer d'une organisation plus efficiente de la surveillance dans la région ? Que peut-on faire pour livrer ce qui doit être livré et à qui (clients)? Comment améliorer les liens entre les producteurs d'information et les porteurs de dossiers ?

Proposition : quels seraient les liens, modalités de fonctionnement ou interfaces fonctionnels pour améliorer l'exercice de la fonction de surveillance dans la région de la Chaudière-Appalaches ?

6. Objets de surveillance

Les objets de la surveillance sont principalement décrits dans le Programme national de santé publique (tableau 7, Massé, 2002 : 31) et couvrent les divers domaines de la santé publique. « La surveillance porte sur des éléments qui concernent l'état de santé et de bien-être de la population ainsi que ses déterminants : les objets de la surveillance. » (Bouthillier, 2003 : 5) (l'annexe 4 présente l'univers de la surveillance, intégrant les commentaires de l'équipe de surveillance, recherche).

« Ces objets de la surveillance permettent de décrire et d'analyser tant les conditions démographiques, économiques, sociales ou culturelles qui ont un lien avec la santé et le bien-être de la population, que les habitudes de vie, les comportements et les facteurs de risque, les services de santé et les services sociaux (qui agissent comme l'un des déterminants reconnus de la santé), ainsi que l'état de santé générale, physique et mentale de la population.

Parmi les objets de la surveillance, on doit retrouver les réalités propres à chacun des domaines d'intervention de santé publique, soit : les principaux problèmes de santé et de bien-être sur lesquels portent les activités dans chacun des domaines d'intervention et les déterminants et facteurs de risque qui sont associés à ces problèmes (PNSP, 2002 : 31). » (Bouthillier, 2003 : 6)

Tableau 7

La classification des objets de surveillance, 2002

« · **Conditions démographiques** : **effectif, structure selon l'âge et le sexe, mouvement de population.**
· **Conditions socioculturelles** : modalité de vie, langue, immigration.
· **Conditions socioéconomiques** : scolarité, revenu, emploi.
· **Environnement physique** : eau, air, sol, aliments, logement, milieu de travail.
· **Environnement social et adaptation sociale** : soutien social, réalité familiale, adaptation sociale, développement des compétences.
· **Habitudes de vie, facteurs de risque et comportements préventifs** : alimentation, tabac, alcool, drogues et jeux de hasard, poids corporel, activité physique, grossesse, naissance et allaitement, comportement de protection.
· **Services de santé** : services préventifs (services dentaires, mammographie, test de Papanicolaou, vaccination) ; services de première ligne (médicaments et méthadone, Info-Santé CLSC), autres services de santé au besoin.
· **État de santé global** : perception de l'état de santé, espérance de vie, espérance de vie en bonne santé, perte d'autonomie, mortalité selon l'âge.
· **État de santé physique** : perte d'autonomie, prévalence de problèmes de santé physique, morbidité et mortalité selon la cause.
· **État de santé mentale** : perception de l'état de santé mentale et estime de soi, problèmes de santé mentale, détresse et stress, problèmes au travail, idées suicidaires et parasuicides, dépression, hospitalisation pour troubles mentaux, suicide. » (Massé, 2002 : 31)

7. Produits de surveillance

Une description des clients potentiels et types de produits de la fonction de surveillance[29] sont présentés à titre d'information à l'annexe 3. Ce chapitre traite d'abord de la notion de clients, de produits et enfin, de la diffusion des produits de surveillance.

Types de clients

Les produits de surveillance doivent être diversifiés et adaptés. En conséquence, il importe de bien identifier le client. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue que c'est un plan de surveillance en santé publique (prévention, protection et promotion) afin de maintenir les balises nécessaires pour cadrer les objets de surveillance. Pour sa part, le Programme national de santé publique considère les clients comme faisant partie des activités de surveillance (diffusion à la population générale, aux professionnels, aux décideurs et intervenants, ainsi qu'aux divers publics [Massé, 2002 : 29]).

D'après la loi, le directeur de santé publique se doit d'informer la population. Les données doivent être transformées en information adaptée aux besoins du client. Selon Denis Roy (Formation médicale continue du samedi matin de la Faculté de médecine de l'Université Laval, février 2001), à Montréal, on a adopté la notion de ligne **éditoriale** depuis quelques années, ce qui signifie qu'on met l'emphase sur des données ciblées de surveillance dans le but avoué de provoquer sensibilisation, discussions, changements d'agendas politiques ou autres, etc., dans un « **Objectif de créer une dissonance cognitive dans le but avoué de générer des changements** ». En somme, on vise à générer des **données que l'on fait parler dans un but d'action de santé publique**, plutôt que des données neutres, factuelles. Il met l'emphase sur la distinction des divers types de clients (certains de ceux-ci sont présentés plus en détail, annexe 3) pour lesquels les produits de surveillance doivent être adaptés :

Population (individus, groupes ou communautés)
Décideurs (RRSSS, établissements, députés, autres. Ligne éditoriale, à saveur régionale)
Gestionnaires
Cliniciens, professionnels de la santé et des services sociaux, et intervenants
Médias

29. Ceux-ci proviennent d'une étude en cours de réalisation au plan national (Lefort; 2002. Pour plus détails voir l'annexe 3).

Selon notre directeur, le principal client du directeur de santé publique est la population. Ceci est clairement déterminé par la loi. De plus, le client, c'est la personne en mesure d'imputer une responsabilité au directeur de santé publique, c'est-à-dire, de faire reproche sur la tâche accomplie. Entre le directeur de santé publique et la population, l'information ou les produits peuvent également influencer, aider, soutenir, et adapter l'information aux conseils d'administration, aux différents décideurs du réseau de la santé et des services sociaux, des ministères ou organismes gouvernementaux ou paragouvernementaux, aux forums, à l'intersectoriel, aux intervenants etc., pour ultimement, informer la population. Ce sont comme des interlocuteurs actifs, dans une chaîne de production d'information adaptée.

> Par exemple, lors de l'exercice de la PSBE, un rapport a été produit. On dispose de l'information et on en a informé le conseil d'administration de la RRSSS, ainsi que le forum de la population même s'ils n'étaient pas directement les clients visés. Bien que la direction identifie et détermine l'information à être livrée à la population, parce qu'imputable à celle-ci, le produit peut être adapté ou servir à d'autres ressources impliquées dans l'action.

Par ailleurs, la Loi sur la santé publique précise, à l'article 8, où il est question des quatre mesures du PNSP (surveillance, prévention, promotion, protection), une autre notion de population au 3e alinéa:

> « Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population. » (art.8, 3e alinéa).

Ces groupes vulnérables ou à risque, constitueraient alors, potentiellement, une clientèle ciblée donc, des clients-cibles.

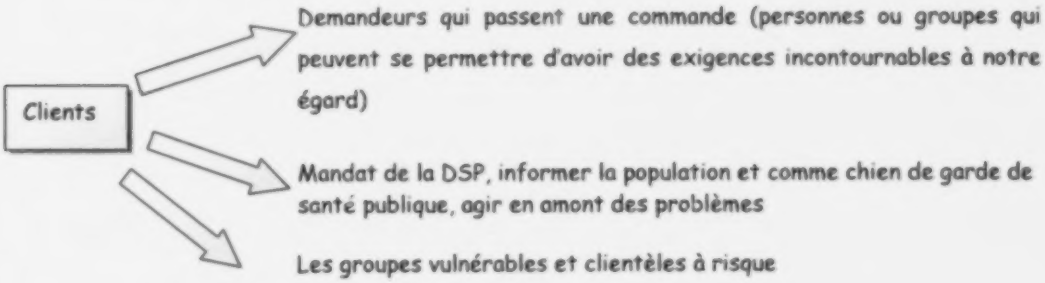
Qui sont les clients ?

Client demandeur : personne ou groupe dont la demande s'inscrit dans le mandat du directeur de santé publique et la planification de travail de l'équipe. Ce « contrat » inclut notamment une notion d'obligation et de produit ciblé, ainsi que de détermination du produit attendu.

Client utilisateur : c'est le client qui peut bénéficier de l'information générée par les activités de surveillance, mais qui ne l'a pas nécessairement sollicitée. Cependant, ce client bénéficie notamment de nos faits saillants et articles ou communiqués, qui sont des produits un peu plus vulgarisés. Il peut aussi s'agir d'un produit de surveillance spécifique, adapté au client utilisateur. Il est également important d'influer « at large » (exemples : le suicide en milieu de travail, la promotion de la santé).

Client-ciblé : groupes vulnérables ou à risque.

On aurait comme trois types de clients :



Produits adaptés aux clients

On a, depuis plusieurs années, des rapports exhaustifs présentant des indicateurs tels des taux de mortalité et d'hospitalisation. Ces données ont-elles été transformées en information pour être utilisées à leur plein potentiel par les acteurs de la santé publique ?

On pourrait distinguer trois grandes catégories de productions[30] : les données statutaires requises par la loi et les produits de surveillance spécifiques à un client (utilisateur d'information) pour un problème donné et enfin, des produits spécifiques pour des clientèles ciblées ?

Tableau 8

Les produits selon le PNSP

Les produits doivent d'abord être adaptés aux divers publics (population, intervenants et décideurs) auxquels ils s'adressent et donc, l'information doit être claire et facile à interpréter. Par ailleurs, ils peuvent revêtir diverses formes (communiqués, faits saillants, cahiers ou portraits) et utiliser divers moyens de communication (écrit, Web, présentations, etc.). Enfin, le souci du calendrier de diffusion peu être adapté aux évènements.
(adaptation de Massé, 2002 : 29).

30. Rappelons qu'une description sommaire des produits est présentée à l'annexe 3.

Les produits de surveillance doivent soutenir les finalités de cette fonction essentielle. Pour ce faire, il faut miser sur la diversité et l'adaptabilité des produits afin d'atteindre nos publics cibles (population, intervenants, décideurs). De plus, nous devons ajuster nos stratégies et moyens de diffusion.

Quelle en serait la diffusion ?

Comme mentionné précédemment, la diffusion pourrait se faire en lien avec les publics ciblés et diversifiés, celle-ci pourrait se calquer davantage sur les calendriers d'évènements appropriés aux sujets traités. Dans cette foulée, il serait également possible de préparer du matériel de réserve (en collaboration avec les personnes concernées [professionnel -planification, recherche-communication, médecin] afin d'être en mesure de supporter les évènements, surtout répétitifs, lors de leur occurrence (ex. grippe, accidents, suicides ou autres : disposer de matériel [communiqués, statistiques, moyens de prévention appropriés]).

> « En plus d'être compréhensible, claire et facile à interpréter, l'information emprunte plusieurs formes de diffusion : il peut s'agir de bulletins, de cahiers statistiques, de profils, ou encore de diffusion par voie de médias électroniques (courriel, site Internet), de colloques ou de revues scientifiques, etc. » (Bouthillier, 2003 : 4).

Enfin, on devrait retrouver des éléments du Plan de surveillance régional en lien avec les activités dans les plans d'action locaux et régional.

En conclusion

La surveillance en santé publique vise notamment la documentation de problèmes et de problématiques, le plus en amont possible, afin d'en prévenir l'expansion. L'organisation de la fonction de surveillance, le Plan de surveillance et la réponse aux questions soulevées (surveiller quoi ? Pour qui ? Et comment ?) devraient permettre d'actualiser cette fonction dans le contexte des nombreux changements en cours.

8. Planification sommaire de la démarche régionale

Voici sommairement esquissée, la planification de la démarche régionale de consultation pour l'organisation de la surveillance et les plans de surveillance pour la région de la Chaudière-Appalaches.

Tableau 9
Planification sommaire de la démarche

• Dépôt du document de réflexion au comité de gestion	mars 2003
• Présentation et discussion au comité de gestion et de coordination • Intégration des commentaires et précisions quant à la démarche	
• Élargissement du comité de réflexion (intégration de MI, environnement, etc., et discussions pour bonifier le document [1 mois])	sept. 2003
• Dépôt aux équipes, réception des commentaires	2004
• Bonification du plan de surveillance, intégrant les préoccupations des équipes • Mandat : déterminer le contenu régional du plan de surveillance, en complément du « tronc commun »	2004
• Présentation et discussion au comité de coordination • Dépôt du document et commentaires des équipes de la DSP • Consultation du Forum de la population) • Consultation auprès des clients (CA, commissions, CLSC, org. communautaires) • Rédaction finale et dépôt du plan de surveillance	2004

Bibliographie

1998,c.42 : Loi sur l'institut national de santé du Québec, Gouvernement du Québec (L.Q. 1998,c. 42)

1998,c.44 : Loi sur l'institut de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec (L.Q. 1998, c.44)

1972, c42,a 1; 1975, c. 63, a 1; 1977, c. 47, a 1; 1979, c. 63,a. 297; 1981, c. 22, a. 103; 1982, c. 58, a. 64; 1984, c. 27, a. 81; 1985, c. 23, a. 24; 1989, c. 58, a. 1; 1992, c. 21, a. 240; 1994, c. 23, a. 23; 1998, c. 39, a. 185. Loi sur la protection de la santé publique, Gouvernement du Québec (L.R.Q., P-35)

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q,c. S-4.2)

2001, #36, (2001, chapitre 60) Loi sur la santé publique

BOUTHILLIER, Lynda (2003). La surveillance continue de l'état de santé de la population, une synthèse. Québec, MSSS, présentation de la fonction de surveillance aux membres du CÉSP, version du 11 février, 9 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)(2001). Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems, recommendations from the Guidelines Working Group. Atlanta, MMWR2001 ;50(No. RR-13):[inclusive page numbers], 35 p.

CHÉNARD, Lucie (2002). Plan de surveillance de l'état de santé de la population du Bas-Saint-Laurent. Rimouski, RRSSS Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, septembre, 14 p.

FILIATRAULT, France (2002). Mieux comprendre la loi sur la santé publique, une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation, de janvier à juin 2002. Québec, Gouvernement du Québec, MSSS, 67 p.
Internet, Gouvernement du Québec, recherche simple, « Loi sur la santé publique », page consultée le 14 janvier 2003
http://206.167.52.1/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c835ad6f66c8736785256c93005e7cf8/$FILE/02-207.pdf

GRIGNON, Richard (2003). État de situation des travaux réalisés dans le cadre du Comité d'orientation de la mise à jour de la fonction de surveillance de l'état de santé. 3ème rencontre, le 12 décembre 2002, 4 p.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LE RÉSEAU NATIONAL DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ (1999). Établissement de partenariat pour une surveillance de qualité et en temps opportun menant à des actions en vue d'une meilleure santé. Proposition visant à développer un réseau de surveillance de la santé au Canada. Direction générale de protection de la santé, Santé Canada, 63 p. et annexes

LAROSE, Lucie et collaborateurs (2002). Plans de surveillance : une base commune pour le Québec et ses régions, document technique, commentaires de la Direction de santé publique de la région de la Chaudière-Appalaches, Ste-Marie, RRSSS Chaudière-Appalaches, DSP (CSRE), 42 p.

LEFORT, Louise (2002). L'utilité des productions de connaissance/surveillance : le point de vue des utilisateurs, plan de travail révisé, TCNCSSBE, Montréal, présentation power point, site de connaissance/surveillance, section évaluation, L'utilité des produits de connaissance surveillance

MASSÉ, Richard (2002). Le programme national de santé publique 2003-2012, version de consultation, Québec, octobre 2002, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des services sociaux, 100 p. et annexes

MASSÉ, Richard (2003). Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des services sociaux, 132 p.

MSSS (2002). Plan de la santé et des services sociaux : pour faire les bons choix. Québec, , 36 p.

OMS (1997). Protocole pour l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique. Division des Maladies émergentes et autres Maladies transmissibles- Surveillance et Lutte, Genève, 52 p.

ROY, Denis (1988). La démarche méthodologique du plan de santé, Beauceville, DSC du CHRB, 61 p.

VANASSE, Diane, CHOINIÈRE, Robert et Aimé LEBEAU (2002). Plan de surveillance : une base commune, document technique, Montérégie, RRSSS de Montérégie, 40 p.

Les annexes

Annexe 1 *Cadre conceptuel pour la fonction de surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population et ses déterminants*

Annexe 2 *Simplified flow chart for a generic surveillance system, CDC, 2001*

Annexe 3 *Liste des produits et des clients potentiels en surveillance*

Annexe 4 *Univers de la surveillance*

Annexe 5 *Les grandes cibles du Plan de relance*

HORS QUÉBEC
QUÉBEC
RÉGIONS
SOUS-RÉGIONS

Analyses en tenant compte de la perspective historique — Analyses actuelles — Scénarios futurs

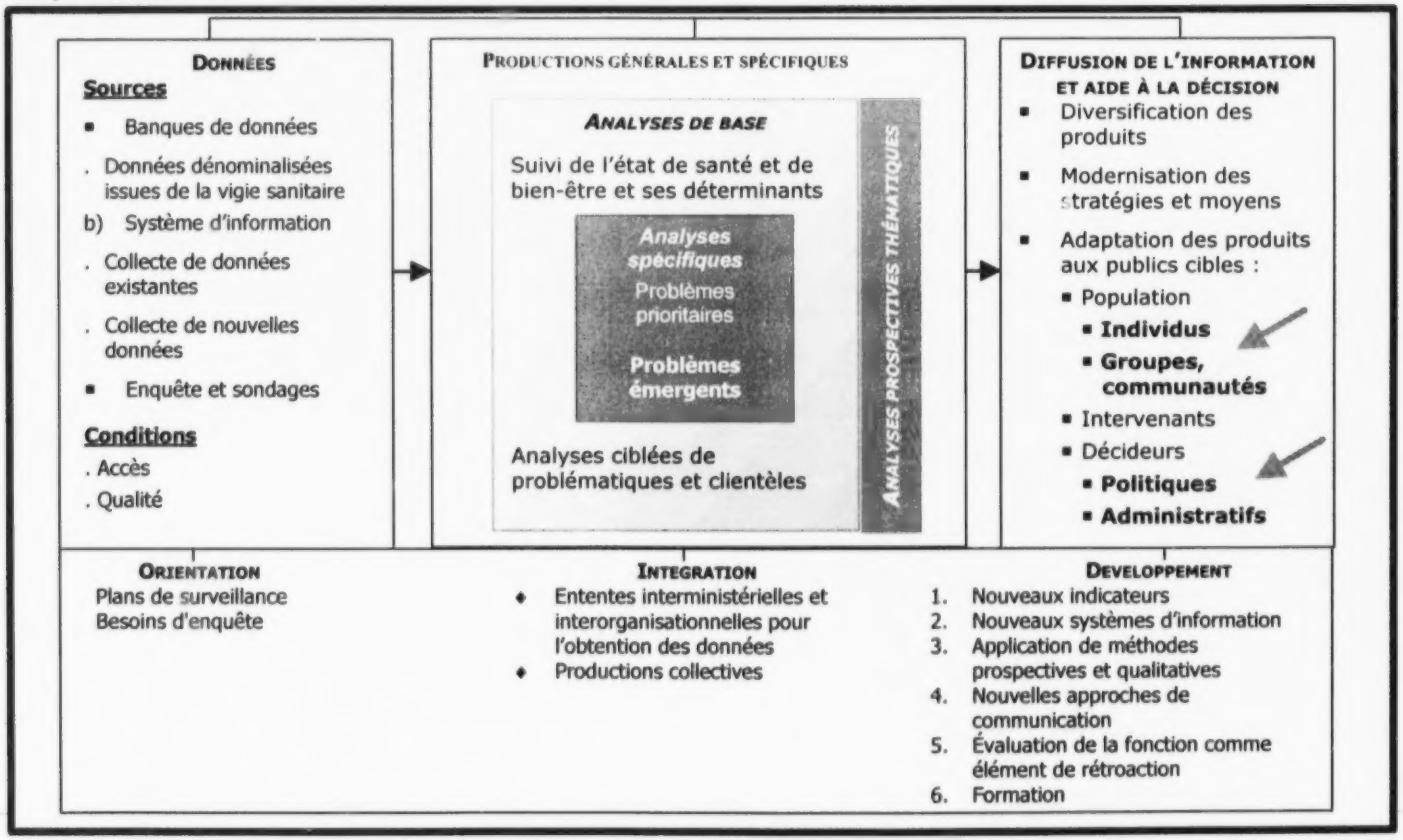
Annexe 1 — Cadre conceptuel pour la fonction de surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population et ses déterminants

Figure 1

FINALITÉS DE LA FONCTION

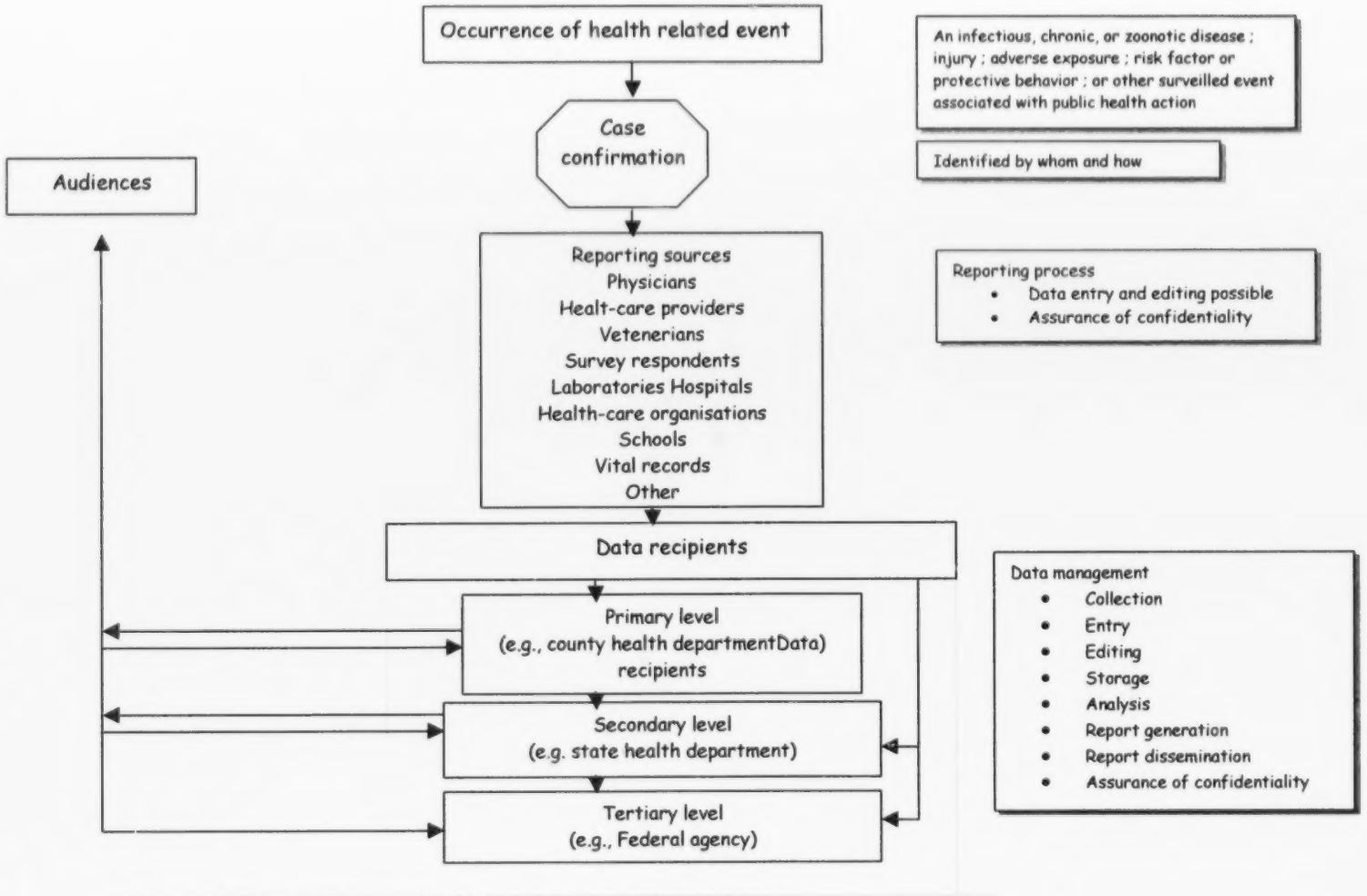
a) Documenter l'état de santé et du bien-être de la population et de ses déterminants et en suivre les tendances afin de :
- contribuer à la planification et à la révision des orientations et des politiques;
- contribuer à l'adaptation des programmes et des interventions de santé publique en rapport avec les problèmes et les caractéristiques de la population;
- apporter des informations utiles au suivi évaluatif;
- informer la population.
- Identifier les situations émergentes ou les événements qui nécessitent des mesures de contrôle.
- Réaliser des scénarios prospectifs permettant d'orienter les politiques et programmes vers les besoins futurs de la population.

Champs d'action



Source : LAROSE, Lucie et collaborateurs (2002 :10, tiré de VANASSE 2002)

Annexe 2 Simplified flow chart for a generic surveillance system, CDC, 2001



Source : CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION MMWR(2001), p. 8

Source : LAROSE, Lucie et collaborateurs (2002 : 10, tiré de VANASSE, 2002)

Annexe 3 Liste des produits et des clients potentiels en surveillance

Ces informations sont tirées de :

LEFORT, Louise (Sept. 2002). Etat de situation : l'utilité des produits de connaissance/surveillance du point de vue des utilisateurs. Montréal, TCNCSSBE, pp. 42-45, sauf si autre mention. Document de travail.

Tableau 1
Provenance des répondants
par niveau et par organismes de provenance

Catégories d'utilisateurs réels ou potentiels : organismes

RÉSEAU DE LA SANTÉ

- **régies régionales /directions de la santé publique**
- **CLSC/CHSLD**
- **centres hospitaliers**
- **centres jeunesse**
- **centres de réadaptation**

PARTENAIRES INTERSECTORIELS ET AUTRES UTILISATEURS

- **organismes communautaires, regroupements ...**
- **municipalités et mrc**
- **organismes de développement local ou régional**
- **milieu de l 'éducation**
- **médias**
- **centres et instituts de recherche; réseaux d'information en santé**
- **représentants élus (fédéral/provincial)**
- **autres : secteur privé, évêché ...**

Source : LEFORT, Louise (2002). L'utilité des produits de connaissance/surveillance le point de vue des utilisateurs. Montréal, TCNCSSBE, Montréal, présentation power point, site de connaissance/surveillance, section évaluation, L'utilité des produits de connaissance surveillance

Tableau 2
Gamme de produits[31]

Portraits et profils de santé des populations par territoire
Portrait ou profils de groupes de population
Études, monographies
Dossiers thématiques (ex. mortalité, santé mentale, etc)
Enquêtes de santé et enquêtes maison
Suivi de politiques, programmes prioritaires
Rapports de surveillance épidémiologique
Recherche ou études évaluatives
Feuillets, fascicules, faits saillants, dépliants
Tirés à part
Avis

Articles, communiqués
Site web, pages web? Intranet ou externet?
Affiches? Cartes?
Réponses aux demandes ad hoc?

Tableau 3
Importance accordée à l'information sur la santé et le bien-être des populations

	+++	++	+	+/-	-
	« Primordiale voire vitale »	« Importante et pertinente »	« Importante mais non vitale »	« variable »	« Aucune »
Réseau	DSP (d.) CLSC RRSSS	MSSS DSP (prof.) CJ CRDI			
Hors réseau		« Sujet d'intérêt important »			
		CSF MEDIA MUN (D)	OC* MUN (A.C.)* POL	DEV. LOC.* MUN.(A)* UNI EDU*	EDU* EDU**

- Gagne en importance dans le cadre d'action concertée du milieu, de tables régionales ou nationales
- ** Se perçoit comme un producteur de données

31. A partir du questionnaire «Bilan 2001 - Fonction connaissance/surveillance »

Tableau 4
Synthèse des commentaires sur l'utilité,
les forces et les faiblesses des produits régionaux - le niveau local

▪ LES PRODUITS RÉGIONAUX		
	UTILITÉ/FORCES	FAIBLESSES
PORTRAIT DE SANTE PAR REGION	aide à **identifier certaines clientèles** à cibler (CLSC)	
PORTAIT DE SANTE PAR **MRC** (incluant un ou plusieurs territoires de CLSC)	utile en **planification** : propose une vision globale de l'état de santé et de bien-être de la population locale spécifique et axé sur les besoins du territoire, permet de mettre une problématique en comparaison avec d'autres pour établir un ordre de priorité, d'avoir des comparatifs avec la région et souvent avec d'autres territoires de CLSC (CLSC)	peu de données sur l'état de santé et de bien-être des territoires de CLSC problèmes associés à l'extrapolation des données pour connaître l'état de santé et de bien-être des populations locales (CLSC)
PORTRAIT DE SANTE PAR CLIENTELE/ THEMATIQUE	utile en **programmation** et pour **guider les intervenants** (CLSC) apprécié parce qu'il forme un tout et intègre souvent d'autres types d'information notamment sur les déterminants (CLSC) orienté vers l'action, permet une meilleure compréhension des problématiques tout en proposant une lecture fine du territoire (CLSC)	
ENQUETE SOCIALE ET DE SANTE (REGIONALE)	fourni des éléments de **programmation** (CLSC) donne des chiffres qui peuvent aider un gestionnaire à **influencer les intervenants** (CLSC) **s'utilise bien auprès des groupes, des partenaires** (mun)	ESQ ne permet pas de se rendre au territoire de CLSC (CLSC) l'échantillon de l'ESQ ne permet pas d'analyses significatives en fonction des sexes à l'échelle des petites régions (OC) disparité dans l'accès à l'information d'une région à l'autre (OC)

• LES PRODUITS RÉGIONAUX (suite)		
	UTILITÉ/FORCES	FAIBLESSES
PRODUITS AXES SUR LES DETERMINANTS SOCIODEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES	données sociodémographiques et économiques désagrégées au niveau des territoires locaux aident à **cibler les clientèles et les quartiers, les milieux vulnérables** (OC/CLSC) monographie **donne un portrait d'ensemble**(mun) : données de projection, évolution de la population, courbes de population : **aident à prévoir les besoins futurs en santé** (CLSC); aide à **prévoir les besoins en services spécifiques à la population des petites municipalités**; répond aux besoins d'une région éloignée, adaptée aux besoins, bien vulgarisé (mun) :	données de Statistiques Canada ne sont pas toujours disponibles pour le territoire et ne sont produites qu'aux cinq ans (CLSC)
RECHERCHE LOCALE/ ENQUETE REGIONALE	utile pour **mobiliser** les populations locales (CLSC) particulièrement collée aux besoins du milieu, en lien avec les **problématiques locales** (CLSC/mun)	
SITE INTERNET	accroît **l'accessibilité** aux données, à l'information (OC) permet d'aller chercher des informations par territoire de CLSC, de faire des **comparaisons avec des territoires similaires; documenter les problématiques, appuyer les demandes de subventions, défendre les dossiers, mieux connaître le territoire** (OC) **éventail d'information sur la santé et ses déterminants** qui répondent à la majorité des besoins de données sur la clientèle (OC) permet de faire des comparaisons avec d'autres CLSC pour **comprendre le rationnel de l'allocation des budgets de la régie** (CLSC) **données nombreuses et très utiles** mais qui doivent être raffinées (CLSC) répond aux besoins, permet de voir les écarts entre les données de santé publique et les données à l'interne : voir où sont les différences, **identifier les zones d'actions, aide à bonifier la démarche** (mun)	peu adapté pour la population analphabète ou moins scolarisée, **besoin d'être vulgarisé** (recours à des éléments plus visuels, plus picturaux qui témoignent davantage de la réalité régionale, langues, diversité culturelle) (OC) besoin de prévoir d'autres stratégies de diffusion plus près du milieu (OC) serait à bonifier : besoin d'un outil plus interactif qui permet de raffiner l'information selon les besoins, de faire ses propres calculs, tableaux, cartes. (CLSC) besoin d'aller au-delà de l'information pour générer des connaissances, besoin d'en comprendre l'utilité (CLSC)
RAPPORTS ANNUELS «THEMATIQUES »	**documents de référence**, intérêt pour l'approche et la manière d'aborder les problématiques (mun)	considérés comme peu pertinents au niveau **de l'intervention** (CLSC)

Tableau 5
Synthèse des commentaires sur l'utilité,
les forces et les faiblesses des produits nationaux - le niveau local

• LES PRODUITS NATIONAUX		
	UTILITÉ/FORCES	FAIBLESSES
PORTRAIT DE SANTE LE QUEBEC ET SES REGIONS	donne des **indices pour les programmes**, des **arguments pour des articles** (CLSC) permet de **rappeler aux intervenants qu'ils travaillent aussi sur des chiffres : ça éveille l'intérêt**, c'est pertinent (CLSC) réfère à des indicateurs connus, **permet de faire des liens** « ex. : pour voir pourquoi il manque d'argent en maintien à domicile » (CLSC) intérêt de pouvoir comparer l'état de santé d'une région par rapport au Québec, permet une vue d'ensemble des choses, contient certaines données sexuées -» **donne envie d'analyser l'information au niveau de la région, de raffiner l'information** (OC)	pas adapté pour le communautaire « Le langage est très médical, très hermétique dans les statistiques et dans leur mise en valeur » (OC) information pertinente mais qui doit être **transformé pour les intervenants, les cliniciens** (CLSC) **intérêt mitigé** : beaucoup de données peu de connaissances, document devrait faire des liens pour les décideurs et ne pas viser les intervenants, les dispensateurs de services (CLSC) niveau territorial qui ne correspond pas au centre d'intérêt en CLSC, plusieurs ne se sentent pas concernés (CLSC) dédoublement avec de l'information existante, ne permet pas de voir où les informations se croisent localement (CLSC) questionnement sur les indicateurs retenus et leur importance, sur leur bien fondé, document encore incomplet (CLSC)
ISQ[32]	**site Internet et rapports** : particulièrement apprécié et très utilisé pour les projections (CLSC) toute l'information provenant de l'ISQ est jugée pertinente, répond aux besoins et est bien adaptée (CLSC)	besoin de développer des ponts entre le site de l'ISQ et Statistique Canada **pour faciliter la recherche** (OC)
MSSS[33]	indice de défavorisation : site Internet du MSSS très apprécié lorsqu'il est question de **cibler les clientèles et de prévoir leurs besoins en services** (CLSC)	soulève des questions quand il est utilisé à d'autres fins (CLSC)

32. Les produits de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) n'ont pas été examinés lors des entrevues mais ont été mentionnés par nombre d'acteurs comme étant utiles et très aidants, ils ont donc été ajoutés à la liste.
33. L'indice de défavorisation a été mentionné spontanément par plusieurs comme étant un produit particulièrement important par les acteurs en CLSC, il a donc été ajouté à la liste de produits nationaux.

À cette panoplie de produits, déterminés principalement par leur contenu, s'ajoutent la forme de ces productions : documents substantiels, thématiques, les articles, les communiqués, les faits saillants, la présentation sur babillard ou internet.

Annexe 4 Univers de la surveillance

Univers de la surveillance en santé publique

Commentaires de l'équipe de surveillance de la Chaudière-Appalaches

Voici nos commentaires.
commentaires généraux :

La notion de surveillance remplace maintenant l'ancien libellé « connaissance/surveillance ». La surveillance serait inclusive et engloberait celle de connaissance. À notre avis, c'est carrément l'inverse, c'est-à-dire que la connaissance est une notion beaucoup plus large que celle de surveillance. Or, le glissement de propos n'est pas, à notre avis, sans conséquences. Nous rappelons que la connaissance est essentiellement un système d'explication fondée sur la recherche et la compréhension. La surveillance, pour sa part, réfère à l'action de surveiller. Il y a une nette différence entre les deux fonctions. La connaissance suppose un univers composite d'informations regroupées en un système d'interprétation. La surveillance fait appel à un suivi d'indicateurs. La surveillance est un outil de connaissance. Surtout, ce n'est pas le seul. La santé publique ne doit pas se priver des autres et surtout de la connaissance.

Peu d'information sur les conditions sociales : ainsi par exemple la présence ou l'absence d'activités et d'organismes communautaires dans les milieux de vie, selon les problématiques, milieux de vie, présence ou absence d'équipements ou de plein air, etc.

La place faite à l'adaptation sociale et son approvisionnement en sources diverses d'information (MEQ, SAAQ, RAMQ, I-CLSC, etc.) et en recherche est fort mince, pour ne pas dire, presqu'inexistante. Si l'on considère que l'on présente L'UNIVERS de la surveillance, il me semble que l'on devrait en tenir compte?

La banque I-CLSC comme source d'information et d'exploitation des données est totalement absente de ces objets. Pourtant, c'est une source d'information précieuse pour connaître, en amont, l'ensemble des problématiques. Bien que son usage soit relativement nouveau, elle gagnera à être utilisée et bonifiée. De même en est-il de d'autres sources d'information comme le MEQ et les élèves handicapés ou déficients (EHDAA) et de l'OPHQ et autres (M.SP, etc.) ou encore les indemnisations aux actes criminels (IVAC) en fin de course. Il nous semble important de souligner leur apport dans l'univers de la surveillance.

Chaque composante, sous-composante et objets se doivent d'être en lien direct avec la mission de la santé publique à savoir, la prévention, la promotion et la protection de la santé et du bien-être des citoyens... Or, la composante (7) des services de santé, nous semble particulièrement développée (2 pages) comparativement à la sous-composante d'adaptation sociale par exemple.

Ne serait-il pas pertinent de valider cet univers également auprès des responsables des divers dossiers de santé publique?

On comprend que pour chaque objet, on sous-entend le sexe, ainsi que les groupes d'âge appropriés?

Viennent ci-dessous, des propositions spécifiques à chacune des sections :

Classe d'objet : Pourquoi certaines classes d'objet ont-elles des composantes beaucoup plus ramifiées ou détaillées que d'autres? Exemple : beaucoup plus de détail pour le tabac que pour l'alcool alors qu'autant d'information peut être disponible avec EQS!

COMPOSANTE

Sous-composante
- Objet (sous forme de variable)

1. CONDITIONS DEMOGRAPHIQUES

Effectif de population (population résidante, population saisonnière, population des travailleurs, clientèle scolaire, ...)
- Estimations et projections de population
- Autres objets MEQ, Assistance-emploi, SAAQ (permis de conduire), SP-1

Structure par âge et sexe
- Répartition de la population (nombre, âge, sexe, indice de dépendance (jeunes [-18 ans] et personnes âgées [65 ans et +]), rapport de masculinité)
- Autres objets

Mouvement de la population
- Accroissement de la population et ses composantes : total, naturel, migratoire, ...)
- Mobilité géographique (ayant déménagé, migrants internes, externes, ...)
- Autres objets : naissances, décès

Répartition géographique
- Urbain/rural
- Densité de population
- Autres objets :axes de développement?

Autres composantes

2. CONDITIONS SOCIOCULTURELLES

Modalités de vie
- Structure des familles (monoparentales, bi-parentales, reconstituées, monoparentales ([H-F], grosseur des familles, enfants (<18 ans, <6ans), ...)
- Structure des ménages (personnes seules, ...)
- État matrimonial de fait (marié, union libre, célibataire, veuf, ...)
- État matrimonial légal ? On ne l'a pas dans la variable précédente (marié?)
- Autres objets

Langues
- Langues maternelles
- Langues parlées à la maison
- Connaissance des langues officielles
- Langues parlées au travail
- Autres objets

Immigration
- Pays de naissance
- Année d'immigration
- Région administrative de destination
- Catégorie d'immigrants (réfugiés, famille, indépendants)

Autres composantes
- Origine ethnique
- Citoyenneté
- Religion
- Spiritualité
- Autres objets

3. CONDITIONS ECONOMIQUES

Scolarité

- Plus haut? niveau de scolarité atteint
- Alphabétisation
- Autres objets : Population n'ayant atteint une 9ième année de scolarité (en fait, chacun des indicateurs (DES, DEC et universaire) nous permet de qualifier la population à laquelle on s'adresse!

Revenu

- Revenu des individus
- Revenu des ménages
- Revenu des familles
- Perception de la situation financière
- Seuil de faible revenu
- Assistance-emploi
- Supplément de revenu garanti
- Insécurité alimentaire
- Patrimoine accumulé ?... Possible de le faire? Ou seulement sur certaines catégories de personnes? Pertinence en santé publique?
- Autres objets

Emploi

- Activité sur le marché du travail (pop. Active, taux de chômage, taux d'emploi, taux d'activité, ...) Source : enquête sur la population active (EPA)? Ou recensement? Pour un suivi dans le temps, ce serait davantage EPA, sinon le recensement?
- Heures travaillées (temps partiel, temps plein, ...)
- Type de profession
- Lieu de travail
- Déplacement entre lieu de travail et lieu de résidence
- Secteur d'activité (construction, service, enseignement, ...)
- Primaire/secondaire et tertiaire
- Autres objets

Logement

- Disponibilité du logement
- Délai d'attente pour HLM ?
- Type d'occupant (locataire, propriétaire)
- Type de logement (individuel, appartement, mobile, ...)
- Abordabilité du logement Pourcentage du salaire consacré au logement?
- Logements sociaux
- Sans abri, itinérance
- Logement assuré ou non?
- Autres objets

Autres composantes

4. ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Qualité de l'eau

- Approvisionnement en eau potable
- Avis d'ébullition de l'eau
- Indices de qualité de l'eau de consommation
- Fluoration de l'eau
- Épuration des eaux usées

- Produits polluants rejetés
- Indices de qualité des eaux de baignade (piscine, pataugeoire, plage)
- Contamination des réseaux et des puits
- Autres objets

Qualité de l'air extérieur
- Indices de qualité de l'air (ozone, NO_2,CO, pollen, ...)
- Type de chauffage (mazout, gaz, électricité, bois, ...)
- Émission des gaz à effet de serre
- Produits polluants rejetés
- Avis de chaleur accablante
- Autres objets

Qualité de l'air intérieur
- Personnes exposées à la fumée secondaire
- Moisissures
- Autres objets

Qualité du sol
- Produits polluants rejetés
- Terrains contaminés
- Capacité de support des sols
- Utilisation de pesticides
- Autres objets

Qualité des aliments
- Contamination des aliments
- Contamination de la pêche sportive et commerciale
- Produits polluants
- Autres objets

Qualité des logements
- État du logement (réparations mineures, majeures, ...)
- Période de construction
- Valeur du logement
- Salubrité du logement
- Adaptabilité du logement?
- Autres objets

Qualité du milieu de travail

Physique (bruit, vibrations, rayonnement, ...)
- Travailleurs exposés
- Établissements avec exposition

Chimique (amiante, silice, béryllium, ...)
- Travailleurs exposés
- Établissements avec exposition

Biologique (hépatite B, tuberculose, ...)
- Travailleurs exposés
- Établissements avec exposition

Ergonomique (facteurs liés aux troubles musculo-squelettiques, ...)
- Travailleurs exposés
- Établissements avec exposition
- Contraintes organisationnelles (horaire irrégulier, horaire de nuit, ...)

Liés à la sécurité (risques d'accident, agressions, ...)
- Travailleurs exposés
- Établissements avec exposition

Autres sous-composantes

Aménagement
- Pistes cyclables
- Parcs
- Infrastructures sportives
- Autres objets : accès cours d'école, plein-air, etc.

Transport
- Types de véhicules à moteur en circulation (incluant VTT, motoneiges, etc.)
- Autres objets : immatriculation, infractions selon la cause, dont alcool et route, accidents, selon la cause, nature des blessures, etc.,

Autres composantes
- Exposition au soleil
- Exposition aux pesticides
- Autres objets

5. Environnement social et adaptation sociale

Soutien social
- Soutien social (faible, ...)
- Modalités de vie (personnes seules, dans une famille monoparentale)
- Satisfaction de la vie sociale
- Autres objets EHDAA en milieu scolaire, décrochage scolaire, données de l'OPHQ, etc.

Réalités familiales
- Structure familiale où vivent les enfants (monoparentales, biparentales, reconstituées)
- Enfants à la maison
- Aidants naturels
- Autres objets

Adaptation sociale (antérieurement incluait les toxicomanies...)
- Retard de développement chez les enfants
- Diplomation au secondaire
- Délinquance (juvénile et tous âges)
- Grossesse à l'adolescence (naissances, avortements, ...)
- Externalisation à l'adolescence (troubles de comportements)
- Crimes contre la personne et violence conjugale et familiale
- Victimisation chez les enfants (abus, négligence, violence)
- Victimisation chez les adultes et les aînés (abus, négligence, violence)
- Autres objets : EHDAA, IVAC, OPHQ, SIC-CLSC

Violence conjugale
- Victimisation (H et F)
- Perpétration (H et F)
- Autres objets

Développement des compétences
- Habiletés personnelles et sociales
- Habiletés parentales
- Autres objets

Milieu de travail
- Autonomie professionnelle
- Demande psychologique
- Tension psychologique
- Absentéisme
- Violence et harcèlement
- Autres déterminants de la santé mentale des travailleurs (facteurs organisationnels, structurels et personnels)

Intégration sociale
- Maintien de la participation sociale active (aînés, personnes handicapées, à faible revenu)

Autres composantes

6. HABITUDES DE VIE, FACTEURS DE RISQUE ET COMPORTEMENTS PREVENTIFS

Alimentation
- Perception des habitudes alimentaires
- Catégories d'aliments consommés (consommation de fruits, légumes, fibres)
- Type de repas (préparés, congelés, ...)
- Autres objets

Tabagisme
- Type d'usage de la cigarette (occasionnels, réguliers, non-fumeurs)
- Type de fumeurs (cigarette, pipe, cigare, ...)
- Âge de l'initiation
- Ventes de tabac
- Lieux de consommation
- Autres objets

Consommation d'alcool
- Type de consommateur (abstinent, consommateur, ...)
- Fréquence de consommation (par semaine, consommation excessive)
- Fréquence de l'usage inapproprié
- Ventes d'alcool
- Autres objets

Consommation de drogues et de psychotropes
- Type de consommateur (abstinent, consommateur)
- Type de substances consommées
- Fréquence de consommation
- Fréquence de l'usage inapproprié
- Fréquences des surdoses
- Voies d'administration (par injection, inhalation, orale, ...)
- Autres objets :RAMQ consommation de psychotropes et d'anxiolytiques, sédatifs et barbituriques (65 ans et + et assistance-emploi)
- UDI (nombre d'usagers de drogues intraveineuses)

Jeux de hasard
- Type de joueur
- Revenus du jeu
- Type de jeu
- Autres objets

Poids corporel
- Indice de masse corporelie (insuffisant, acceptable, excès de poids)
- Tour de taille
- Autres objets

Activité physique
- Activité physique de loisir
- Activité physique de transport
- Intention de pratique
- Type d'activités (marche, glisse, vélo, natation,...)
- Autres objets

Hygiène dentaire
- Hygiène dentaire (brossage de dents, soie dentaire,...)
- Autres objets

Facteurs d'acquisition de certaines MADO
- Utilisateur de drogues injectables ou non
- Type de drogues injectables
- Mode d'injections
- Partage de seringue
- Comportements sexuels (nombre de partenaires sexuels, sexe des partenaires, ...)
- Travailleurs du sexe
- Voyageurs
- Transfusion de sang
- Réception et don d'organes
- Exposition parentérale- nocosomiale
- Autres objets

Grossesses
- Issues de la grossesse
- Habitudes de vie des femmes enceintes (tabagisme, alcool, alimentation, ...)
- Facteurs de risque liés au travail
- Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite
- Autres objets

Naissances
- Retard de croissance intra-utérine
- Poids à la naissance (faible, ...)
- Durée de gestation (prématurée, ...)
- Caractéristiques des mères (scolarité, âge, lieu de naissance, ...)
- Autres objets

Allaitement
- Âge des enfants
- Autres objets

Comportements de protection

- Port du casque à vélo
- Port du gilet de flottaison
- Port de la ceinture de sécurité
- Port de protection buccale
- Port d'équipements de protection (genou, coude, ...)
- Port d'équipements de protection au travail (masques, gants, bottes, ...)
- Moyens préventifs mis en place dans les entreprises (réduction à la source, ...)
- Utilisation de dispositifs de retenue (siège de bébé, siège d'appoint, ...)
- Infraction au code de la route (alcool, excès de vitesse, ...)
- Alcool et route et traumatismes routiers (incluant type de véhicules et virage à droite)
- Port du condom
- Utilisation de matériel d'injection sécuritaire
- Rage au volant
- Accessibilité des moyens de protection (condom, matériel d'injection sécuritaire, ...)
- Autres objets

Comportements préventifs féminins

- Autoexamen des seins
- Examen clinique des seins

Autres composantes

7. SERVICES DE SANTE EN GENERAL, LE LIEN ENTRE CES ELEMENTS ET LA MISSION DE SANTE PUBLIQUE NOUS QUESTIONNE... POUR UNE BONNE PART, ON Y RETROUVE DES ELEMENTS D'ORGANISATION DE SERVICES QUI S'ELOIGNENT DE CETTE MISSION. ET POURQUOI S'INTERESSE-T-ON A CERTAINES PART D'INFORMATION DU I-CLSC ET PAS A D'AUTRES?

Services préventifs

Services dentaires

- Participation au programme (enfants de 0-9 ans)
- Scellement dentaire
- Autres objets

Tests de dépistage

- Mammographie
- Test de PAP
- Test de laboratoire (chlamydia, syphilis, gonorrhée, VIH, hépatites virales, ...)
- Autres objets

Vaccination, couverture vaccinale

- Maladies évitables par la vaccination (immunisation de base)
- Vaccination contre le pneumocoque (personnes de 65 ans et plus)
- Vaccination contre la grippe
- Vaccination des travailleurs à risque (hépatite A et B, influenza, tétanos, tuberculose,...)
- Vaccination contre la rubéole
- Vaccination contre l'hépatite B
- Autres vaccins
- Effets secondaires des produits immunisants
- Autres objets

Services intégrés de dépistage des ITSS

- Clientèle rejointe
- Services dispensés
- Références

Services de première ligne

Consommation de médicaments, psychotropes et anxiolytiques, sédatifs (qui sont les benzodiazépines)...

- Fréquence de consommation
- Type de médicaments
- Usage de la méthadone
- Utilisation du programme de gratuité des médicaments contre les ITS
- Autres objets

Info-Santé CLSC

- Connaissance du service
- Utilisation du service
- Autres objets

Santé mentale, et en abus, et en violence, et en délinquance, et en violence, etc.?

- Utilisation des services
- Autres objets

Maintien à domicile

- Personnes couvertes
- Personnes prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées
- Aidants naturels
- Autres objets

Personnel médical

- Effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes)
- Effectifs de dentistes
- Effectifs d'infirmières
- Autres catégories
- Autres objets

Autres professionnels de la santé

- Effectifs de psychologues
- Effectifs de physiothérapeutes
- Effectifs de diététistes
- Effectifs de travailleurs sociaux
- Autres objets

Consommation de services médicaux

- Groupes de médecins de famille
- CLSC
- Cabinet privé
- Autres objets

Ressources alternatives

- Type de services (homéopathie, chiropractie, ...)
- Programme d'échange de seringues
- Autres objets

Services hospitaliers RAISONS et TAUX et ibid pour les décès!

Urgences hospitalières

- Civières occupées
- Séjours à l'urgence
- Problèmes de santé des personnes sur civière (cardiaque, respiratoire, ...)

- Temps d'accès aux services ambulanciers
- Consultation en clinique du sans rendez-vous ou en hospitalisation après un séjour à l'urgence
- Autres objets

Centres hospitaliers
- Hospitalisations évitables
- Durée moyenne de séjour
- Interventions pertinentes (pontage, angioplastie, remplacement de la hanche, ...)
- Durée d'attente pour une intervention (chirurgie, résonance magnétique, ...)
- Durée d'attente pour une hospitalisation
- Mortalité évitable par les soins
- Accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés (utilisation, durée d'attente,...)
- Autres objets

Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- Durée d'attente
- Taux d'admission
- Autres objets

Hospitalisations en santé mentale
- Durée de séjour
- Autres objets

Continuité des soins
- Hospitalisations évitables
- Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires
- Réadmission
- Survie ou décès suite à une hospitalisation (taux de survie, ...)
- Hospitalisation suite à des soins ambulatoires ou à une chirurgie d'un jour
- Délai d'attente entre les différents soins
- Réadaptation
- Soins palliatifs
- Autres objets

Services de santé en milieu de travail
- Utilisation des services

Autres composantes

8. ÉTAT DE SANTE GLOBAL

Santé perçue ou déclarée
- Perception de l'état de santé
- Santé fonctionnelle
- Autres objets

Incapacité
- Limitations d'activités (EHDAA et OPHQ, DALY'S?)
- Autonomie fonctionnelle
- Dépendance
- Désavantage
- Autres objets

Mortalité et hospitalisation selon la cause et taux

- Espérance de vie
- Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité, sans dépendance, ...)
- Mortalité selon l'âge
- Années potentielles de vie perdues
- Mortalité foeto-infantile (périnatale, néonatale, postnéonatale, infantile)
- Mortalité liée au travail
- Autres objets

Autres composantes

9. SANTE PHYSIQUE

Limitations d'activités

- Cause de l'incapacité
- Nature de l'incapacité
- Durée de l'incapacité
- Gravité de l'incapacité
- Autres objets

Prévalence et incidence des problèmes (CIM)

- Problèmes d'origine professionnelle (accidents, maladies)
- Chutes chez les personnes âgées
- Cancers selon le siège
- Maladies cardio-vasculaires selon la cause
- Maladies respiratoires selon la cause (asthme, MPOC, ...)
- Diabète
- MADO
- Allergies
- Problèmes ostéoarticulaires (arthrite, ostéoporose,....)
- Problèmes déclarés
- Autres objets

Morbidité selon la cause

- Anomalies congénitales
- Hospitalisation selon la cause
- Hospitalisation selon la cause extérieure
- Incidence du cancer
- Incidence des maladies transmissibles à déclaration non obligatoire
- Intoxications rapportées au centre anti-poison
- Incidence des intoxications à déclaration obligatoire
- Autres objets

Morbidité en lien avec le milieu de travail (accidents, maladies)

- Lésions professionnelles
- Durée d'indemnisation
- Débours moyens
- Intoxications en milieu de travail
- Autres objets

Mortalité selon la cause

- Mortalité selon la cause (cause médicale, causes extérieures)
- Années de vie perdues selon la cause (cause médicale, causes extérieures)
- Mortalité foeto-infantile selon la cause
- Autres objets

Santé dentaire
- Carie dentaire
- Santé paradontale
- Édentation
- Autres objets

10. ÉTAT DE SANTE MENTALE + I-CLSC (RAISONS, INTERVENTIONS, SUIVI, NBRE DE DOSSIERS, ETC.), PERMETTRAIT D'IDENTIFIER ET D'AGIR EN AMONT DES PROBLEMES!

Santé perçue ou déclarée
- Perception de la santé mentale
- Estime de soi
- Détresse psychologique
- Stress chronique
- Risque de dépression
- Problèmes déclarés
- Idées suicidaires et tentatives
- Autres objets

Limitations d'activité
- Limitations d'activités liées à la santé mentale
- Autres objets

Problèmes au travail
- Lésions professionnelles pour troubles mentaux
- Absentéisme
- Autres objets

Hospitalisation
- Hospitalisation pour troubles mentaux
- Hospitalisations pour tentative de suicide
- Autres objets

Mortalité
- Suicide
- Circonstances du suicide
- Suicide de personnes ayant déjà été hospitalisées par le passé pour une tentative de suicide
- Autres objets

Médicaments
- Consommation de médicaments pour troubles mentaux
- Autres objets

Autres composantes

11. ATTITUDES ET PERCEPTIONS

- de la population au regard des personnes vivant avec le VIH/sida, des personnes homosexuelles...
- de la population à l'égard de l'usage des drogues et des approches de réduction des méfaits
- Taxage
- ONG et autres manipulations génétiques
- etc.

Préparé par : Sous-groupe de travail sur les plans de surveillance formé par Robert Arcand (santé au travail), Lucie Bédard (maladies infectieuses), Marie-Claude Boivin (santé environnementale), Élizabeth Cadieux (surveillance générale), Robert Chaînière (surveillance générale), Richard Grignon (MSSS), Johanne Labbé (MSSS), Norman Trempe (prévention-promotion), Aline Émond (porteur de dossier)

19 novembre 2002

Commentaires de l'équipe de surveillance de la Chaudière-Appalaches,
par Lucie Larose

II/lr/st, le 19 décembre 2002

Univers de la surveillanceCAII.doc

Annexe 5 Les grandes cibles du Plan de relance[34]

Voici les grandes cibles du Plan de relance (MSSS, 2002), qui vient baliser les choix gouvernementaux actuels. Comme défis[35] sont identifiés les éléments suivants :

- Offrir aux gens, près de chez eux, des services de première ligne ;
- Offrir aux personnes âgées des soins à domicile et des services en centre d'hébergement ;
- **Prendre le virage prévention** (pour plus de détails, voir l'annexe) ;
- Réduire les délais d'attente des services médicaux et hospitaliers spécialisés.

En ce qui concerne le défi du **virage prévention**, diverses mesures sont retenues (MSSS, 2002, p. 14) :

- Informer la population sur les moyens à prendre pour rester en santé ;
- Offrir plus de services préventifs dans notre réseau :
  - Soutien au personnel (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.) pour qu'il fasse de la prévention auprès des personnes qu'il sert ou soigne au quotidien;
  - Actions préventives auprès des personnes plus vulnérables dont les jeunes familles, les femmes victimes de violence, les jeunes en difficulté et auprès de leur famille :
  - Interventions pour contrer le suicide, l'alcoolisme, les toxicomanies et le VIH.
- Soutenir les autres secteurs d'activité pour prendre collectivement le virage prévention :
  - Partenariats pour la promotion de l'activité physique, de la lutte au tabagisme, etc.

Ce virage prévention ne pourra présenter de résultats qu'à moyen et long terme. C'est un exercice difficile pour un gouvernement élu, que d'agir sur les déterminants et l'environnement et d'investir en prévention ! On peut comprendre, alors, qu'il y ait un accent de mis sur les comportements individuels (« Blame the victim »).

---

34. Notons que le changement de gouverne, en 2003, modifie les priorités gouvernementales, de sorte que le Plan de relance, ainsi que les plans stratégiques régionaux, prévus à cette période, ont été remplacés par d'autres préoccupations.
35. L'exercice du plan de relance (MSSS, 2002) se fait en considérant que les 1 774,2 millions de dollars prévus à cette fin sont disponibles. Étant également entendu que les enveloppes budgétaires à cette fin, seront précisément identifiées.